

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Louis Marie Henry FICONETTI

Né à Bordeaux (Gironde) le 5 Juillet 1903

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze des Hôpitaux de Paris

ASTHME ET SYPHILIS

(Contribution

à l'Étude de l'Asthme Syphilitique)

Président : M. le Professeur ACHARD

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Dr Louis Marie Henry FICONETTI

Né à Bordeaux (Gironde) le 5 Juillet 1903

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze des Hôpitaux de Paris

ASTHME ET SYPHILIS

(Contribution

à l'Étude de l'Asthme Syphilitique)

Président : M. le Professeur ACHARD

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1931



LE DOYEN M BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N. LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMLIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, prof"	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui
lui seront présentées, doivent être considérées comme pro-
pres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS
A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de ma vive affection
et de toute ma reconnaissance.*

A MON ONCLE
MONSIEUR HENRI LABROUE, Député de la Gironde

A MA TANTE

A MES COUSINS
LES DOCTEURS H. ET L. VADELLA ET J. DUCROS

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR HENRI DUFOUR

Médecin de l'Hôpital Broussais

Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène

Qui nous a inspiré ce travail.

*L'excellent accueil qu'il a toujours
bien voulu nous réserver et le profit que
nous avons retiré de ses leçons pendant
notre séjour dans son service nous font
lui exprimer ici notre profonde gratitude
et notre respectueux dévouement.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR A. LESAGE

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage de notre reconnaissance
et de notre respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ROUCHE

*Qui voulut bien guider nos premiers
pas.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX

STAGE

MM. LES PROFESSEURS CHAUFFARD (in memo)

ET LENORMANT

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

EXTERNAT

1924. — MM. WIART et BRÉCHOT.

1925. — MM. RIST et AMEUILLE.

1926. — M. le Professeur A. CLERC.

1927. — M. LESAGE.

1928. — M. H. DUFOUR.

1929. — MM. JANET et BOUCHET.

ASTHME ET SYPHILIS

Le sujet dont nous abordons l'étude n'a encore fait malgré son intérêt l'objet que d'un très petit nombre de travaux.

Si l'on met à part certains articles de MM. Ravaut (*Monde Médical*, 1924), Castaigne (*Rev. gén. de Clinique et Thérapeutique*, Paris, 1914) et Leredde (*Paris Médical*, 1917) en France, et de MM. Fleury (*Lancet*, 1865), Rosenfeld (*Courrier Médical Wurtembergeois*, 1882) et Ramirez et Saint-Georges (*Journal de Syphiligraphie de Saint-Louis*, 1927) et la communication de M. le Docteur H. Dufour sur l'Asthme et la Syphilis et qui est la première description d'ensemble des faits qui vont nous occuper, on ne trouve guère en parcourant la littérature médicale tant étrangère que française que quelques observations cliniques éparses ou simplement même quelques phrases incidentes sur ce sujet.

Une seule thèse à notre connaissance : celle de Nadal (Paris, 1919) peut être considérée comme touchant, mais de loin, au même objet. Dans son travail, l'auteur s'est surtout attaché à montrer l'influence du terrain hérédosyphilitique dans la genèse des scléroses

pleuro pulmonaires chez l'enfant, reprenant en cela les travaux de Bezançon et I. de Jong.

Aucun de nos livres classiques ne fait allusion aux rapports étroits qui peuvent unir l'asthme à la syphilis. Seul M. Harvier, dans son article sur « L'Asthme, complication de la sclérose pulmonaire (souvent de nature syphilitique) » reprend l'influence possible du terrain spécifique plus d'ailleurs sur les scléroses broncho-pulmonaires généralisées que sur l'asthme pur qui peut en découler.

Donc si tout le monde semble s'accorder pour donner une importance plus ou moins grande au rôle sclérosant de la syphilis sur l'arbre broncho pulmonaire, il n'y a eu jusqu'à présent que très peu d'auteurs pour admettre ouvertement l'action de la syphilis héréditaire ou acquise dans la production de certains asthmes alors que cependant « les rapports entre l'asthme et la syphilis méritent toute l'attention des cliniciens » (Sezary et Alibert).

Autrefois considéré comme une entité morbide, comme une maladie autonome dont Laennec puis Trousseau précisèrent remarquablement la symptomatologie et les circonstances étiologiques, l'asthme dit essentiel s'oppose au début aux asthmes dits symptomatiques.

Puis il est considéré par Dieulafoy comme une névrose « héréditaire et diathésique ». A ce moment apparaît pour la première fois la notion d'hérédité qui par la suite va acquérir une si grande importance.

Et c'est seulement beaucoup plus tard, dans ces der-

nières années, que l'on s'accorde à voir dans l'asthme un syndrome bien caractérisé cliniquement mais dont la physiologie pathologique reste encore largement discutée.

Donc, si l'union semble s'être faite complète sur la symptomatologie de l'asthme, il est loin d'en être de même quant à son étiologie et sa pathogénie.

C'est qu'ici entrent en jeu de multiples facteurs que l'on peut, malgré leur intrication fréquente, classer en trois catégories :

a) Causes créant la diathèse colloïdoclasique et amenant la rupture de l'équilibre humoral.

b) Causes amenant le déséquilibre vagosympathique.

c) Causes ayant déterminé des lésions de l'appareil respiratoire.

C'est dans ces deux dernières catégories que se rangent, nous le verrons, la plupart de nos observations d'asthmes syphilitiques. Donc les rapports unissant asthme et syphilis peuvent être d'importance fort variable, mais il nous a semblé que la question à maints égards méritait d'être étudiée :

A un intérêt purement dogmatique vient s'en ajouter un autre plus important d'ailleurs mais qui en découle : l'intérêt thérapeutique.

D'autre part il est très probable que le complexe asthme-syphilis reste souvent méconnu et que sa fréquence est plus grande que ne le laisserait supposer le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour. Sans doute cette fréquence se révélerait-elle du mo-

ment où, en face d'un asthme, on penserait à rechercher systématiquement la syphilis comme l'on essaie de retrouver le rhumatisme articulaire chez un mitral.

M. le docteur H. Dufour, médecin de l'hôpital Broussais, dont nous avons eu l'honneur de devenir l'externe en 1928 nous a proposé de reprendre l'étude de cette question pour notre thèse. Il nous a communiqué à cet effet des observations recueillies dans sa pratique extra hospitalière. Leur lecture et celle de quelques autres que nous avons trouvées éparses dans la littérature médicale nous a fait comprendre l'utilité du travail qu'il a bien voulu nous confier.

Il nous a en outre guidé de ses conseils pour l'élaboration de ce travail et l'utilisation de nos documents. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance tant pour sa bienveillance à notre égard que pour l'enseignement clinique si précieux qu'il nous a donné pendant notre année d'externat dans son service de l'hôpital Broussais.

HISTORIQUE

A part deux publications étrangères l'une en Angleterre sur « Un cas d'asthme syphilitique guéri par l'iodure de potassium » (Lancet, 1865), l'autre en Allemagne en 1882 « Sur l'asthme syphilitique » (*Courrier Médical Wurtembergeois*), les premières observations publiées en France sur le cas qui nous occupe le furent peu avant la guerre de 1914 par M. le Docteur Castaigne dans la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* du 20 juin 1914. C'est ici que pour la première fois, dans une clinique de l'hôpital Beaujon, dont nous reprendrons les observations, l'intérêt clinique, thérapeutique surtout mais aussi étiologique de tels faits, est nettement mis en lumière. Et M. le Docteur Castaigne concrétise bien l'importance des rapports unissant l'asthme à la syphilis; quand il conclut en disant : « La syphilis joue un rôle dans la production de certains asthmes directement ou indirectement. *En tout cas dans l'asthme il faut toujours penser à la syphilis qui peut entraîner les accidents les plus protéiformes* ». Il n'y

a plus aucune publication sur ce sujet jusqu'en 1917 où M. Leredde ayant réuni plusieurs observations fort intéressantes les publie dans un article intitulé : « Etude sur une forme ignorée de syphilis pulmonaire : Emphysème, Asthme et Syphilis ».

Dans cette étude publiée dans le *Paris Médical*, l'auteur dit notamment : « Des recherches que j'ai faites... me font penser que la syphilis pulmonaire n'est pas rare mais qu'on ignore jusqu'ici une de ses formes qui est sans doute la plus commune. Et il était son opinion de plusieurs observations probantes montrant bien le rôle de la syphilis dans la production de certains asthmes. A remarquer que tous ses cas sont relevés chez des hérédo-syphilitiques comme nous le verrons en les étudiant ultérieurement. Mais, ajoute-t-il lui-même, « il est probable que des malades (asthmatiques) peuvent être atteints de syphilis acquise ». Sans vouloir le suivre dans une partie de ses conclusions où il affirme voir dans l'asthme (ou l'emphysème) syphilitique une prédisposition nette aux affections pulmonaires aiguës et même à la tuberculose, il y a lieu de remarquer qu'il souligne clairement lui aussi l'intérêt d'une syphilis possible au point de vue du traitement qui, dit-il, « sera poursuivi avec méthode et persévérance par les agents antisiphilitiques habituels les plus actifs, en particulier par l'arsenobenzol ».

Puis, à part un article de Gonzaga en 1919 dans le *Brazil Médical*, « Sur un cas d'asthme syphilitique »,

toutes les publications dont la thèse de Nadal en 1919 et le travail de Bezançon et I. de Jong en 1920 dans la *Presse Médicale* s'attachent surtout à démontrer le rôle sclérosant de la syphilis sur l'arbre broncho pulmonaire.

Et c'est seulement en 1922 que MM. Sezary et Alibert publient à la Société Médicale des Hôpitaux, le 3 février, une observation typique d'asthme syphilitique. Ils en donnent tout l'intérêt dans ce court résumé : « La syphilis peut provoquer l'asthme vrai. Nous en fournissons aujourd'hui une démonstration complète en rapportant l'observation d'un malade atteint d'asthme avec vagotonie et éosinophilie survenu à l'âge adulte. L'examen clinique et radioscopique nous avait incités à rechercher la syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann fut fortement positive et le traitement arsenical amena rapidement la guérison ». Naturellement cette observation bien qu'absolument probante fut fort discutée. Mais il faut croire que la notion de l'asthme syphilitique a dès lors conquis son droit de cité puisqu'on le trouve mentionné dans les traités classiques. C'est ainsi que, dans le *Traité de Médecine*, de Roger-Widal et Teissier, un court chapitre lui est consacré sous la signature de M. Harvier. D'autre part, tout récemment, en 1929, dans son ouvrage sur *Le traitement curatif de l'asthme*, M. Paul Cantonnet lui consacre un chapitre spécial.

Il semble donc permis de croire, à l'heure actuelle,

avec un certain nombre d'auteurs, que l'asthme syphilitique existe et que sans faire de l'asthme une manifestation purement et constamment syphilitique, on peut au moins invoquer souvent la syphilis à l'origine de l'asthme. C'est ce que nous voudrions démontrer.

PLAN

Le plan de notre travail sera le suivant :

I. — Après avoir délimité le sujet nous rapporterons pour mieux illustrer ce que nous voudrions montrer quelques observations caractéristiques.

II. — Dans un second chapitre nous étudierons les arguments proposés, tant théoriques que pratiques, pour prouver l'origine syphilitique de certains asthmes, en accordant à chacun l'importance qui semble lui revenir :

a) *Arguments théoriques* physiopathologiques.

b) *Arguments objectifs* : statistiques, cliniques et biologiques.

III. — Dans un troisième chapitre nous montrerons quelles sont à notre avis les conditions que doit remplir un asthme pour pouvoir être dit syphilitique.

IV. — Dans le quatrième chapitre nous tenterons de délimiter la part qui revient dans l'asthme à la syphilis acquise ou héréditaire.

V. — Dans le cinquième chapitre enfin, nous essaierons de montrer quelles sont les conclusions pratiques

que l'on peut tirer de cette étude, au point de vue thérapeutique surtout et nous nous permettrons de citer une suggestion du Docteur H. Dufour, particulièrement intéressante, relative au déclanchement brutal des crises d'asthme.

DELIMITATION DU SUJET RAPPORTS DE L'ASTHME ET DE LA SYPHILIS

Certains auteurs ont voulu faire de l'asthme une manifestation purement syphilitique. D'autres au contraire malgré la coexistence pour le moins frappante des deux affections n'ont voulu y voir qu'une pure coïncidence. Plus généreux, quelques-uns ont simplement admis que le terrain syphilitique pouvait par sa tendance sclérosante, créer, quoique indirectement, une prédisposition aux crises asthmatiques.

Somme toute, les premiers font de la syphilis dans l'asthme une cause déclenchante, les seconds une simple cause favorisante. Laissant de côté les auteurs qui persistent à ne voir qu'une coïncidence chez un malade syphilitique et asthmatique, même lorsque l'asthme est postérieur à la syphilis, nous nous réservons d'étudier les cas où des rapports logiques ou évidents unissent l'asthme et la syphilis.

Ces rapports peuvent être directs ou indirects, selon

que le clinicien voit plus ou moins directement les liens unissant les deux affections. Et il faut avouer que si parfois ils sont évidents au point d'être, comme dans plusieurs observations, de simples relations de cause à effet, souvent aussi leur intrication semble à première vue n'être qu'apparente, chacune des affections paraissant garder son individualité. Mais même dans ces cas on peut presque toujours arriver à démontrer l'ingérence plus ou moins grande de la syphilis dans la production du syndrome asthme.

C'est pour rendre plus objectifs ces deux ordres de faits que nous nous permettons de citer ici deux observations déjà publiées :

OBSERVATION I

(Docteur Castaigne)

Asthmatique emphysémateux traité sans résultats. Vient à Beaujon pour gêne de la marche et douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Exament. — Paraplégie syphilitique. Babinski unilatéral. Réflexes rotuliens $\times \times$ d'ailleurs avoue une syphilis acquise.

Radiographie. — Adéno trachéo bronchique légère et médiastinite.

Traitement. — B I² Hg + Néosalvarsan.

Paraplégie et crises d'asthme disparaissent.

OBSERVATION II

(Sézary et Alibert)

R..., âgé de quarante et un ans, cuisinier, entre à l'hôpital de la Charité, le 4 octobre 1921. Il souffre d'une dyspnée continue, avec de fréquents paroxysmes, surtout nocturnes, tellement rapprochés ces temps derniers qu'il s'agit d'un véritable état de mal asthmatique.

Le début de la maladie remonte très nettement à l'année 1916. A cette époque, étant en captivité en Allemagne, le malade fut atteint d'une bronchite fébrile accompagnée d'amaigrissement, de toux, et d'une expectoration qui parfois fut sanglante. Bien que la recherche du bacille de Koch ait été à ce moment négative, on peut penser qu'il s'agit d'une poussée de tuberculose pulmonaire, pour laquelle, d'ailleurs, en 1918, le prisonnier français fut évacué en Suisse, où il demeura deux mois. Là, il éprouva des crises de dyspnée d'abord nocturnes, puis deux fois par jour en moyenne. Il est à remarquer que c'était la première fois de sa vie que le sujet présentait de la dyspnée, et que sa famille ne compte aucun asthmatique.

Rentré en France, l'armistice signé, il essaye de reprendre son travail, mais il est bientôt obligé de cesser par suite de la gêne respiratoire. Les crises paroxystiques deviennent de plus en plus violentes, et notre asthmatique va dès lors passer d'un hôpital dans un autre. Les traitements par l'iodure de potassium, la théobromine,

le véronal, la belladone, la morphine, étant sans action, ou n'amenant qu'un soulagement temporaire, le malade accepte, en juillet 1920, de subir la résection des 2^e, 3^e et 4^e cartilages costaux du côté droit (Desmarests). Il en tire une amélioration, mais celle-ci n'est que temporaire, elle ne dure pas un mois.

Aussitôt sorti de l'hôpital, il est de nouveau en proie à des crises surtout nocturnes, aussi violentes et aussi répétées. Il se fait alors soigner successivement dans plusieurs services hospitaliers. Dans l'un d'eux, on aurait noté pour la première fois la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration (août 1921). Il se présente enfin à notre observation.

C'est un homme pâle, amaigri, aux traits tirés. Au moment même de son admission, il présente un accès d'asthme typique avec bradypnée immobilisation du thorax en inspiration forcée, expiration pénible et prolongée. Une piqûre d'évartmine le soulage immédiatement; il a d'ailleurs déjà usé et abusé de cette médication. Il nous apprend aussi que les cigarettes de datura lui procurent habituellement une sédation temporaire. Les crises sont plus fréquentes la nuit que le jour : quand elles surviennent, il court aussitôt à la fenêtre, croyant ainsi, comme tout asthmatique franc, obtenir quelque soulagement. Par les temps lourds, par les temps de brouillard, les crises sont particulièrement fréquentes. Durant l'été, elles ont une durée plus longue qu'en hiver. En dehors des crises, il existe une dyspnée assez marquée,

presque continue, qui s'aggrave à l'occasion des efforts. La toux est pénible, quinteuse, parfois émétisante.

Le thorax présente la déformation du type emphysémateux. La percussion dénote une exagération générale de la sonorité, même en période d'accalmie. Cependant le sommet droit, en arrière, est submat. L'auscultation permet de constater que l'inspiration est humée, l'expiration prolongée, et qu'en dehors des râles ronflants et sibilants, très nombreux dans toute la poitrine, il existe des râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse droite. Il existe donc de l'emphysème et de la sclérose pulmonaire, avec une lésion en foyer du sommet droit. Pas de signes de médiastinite ni de compression médiastinale.

L'expectoration est abondante, spumeuse, elle adhère aux parois du crachoir. Nous y avons recherché en vain le bacille de Koch, mais, en revanche, constaté la présence de *nombreuses cellules éosinophiles* typiques.

L'examen du cœur ne révèle aucune affection valvulaire. La tension artérielle est de : maxima, 14,5 ; minima, 10 (Pachon).

Le *réflexe oculo-cardiaque* indique que le sujet est assez fortement vagotonique : la fréquence du pouls passe de 80 à 68, à la minute, pendant la compression oculaire.

Le foie est légèrement augmenté de volume et douloureux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Pas de signe organique de lésion nerveuse. Pas de

signe d'Argyll-Robertson. Pas de fièvre, pas de transpiration nocturne.

Examen radioscopique du thorax : Le diaphragme forme au centre une sorte de plateau immobile. La moitié externe de chaque hémidiaphragme est nettement ondulante. D'épaisses ombres bronchiques partent des hiles et aboutissent au diaphragme (*sclérose bronchique*). L'espace médiastinal, en position oblique, est obstrué dans sa partie moyenne par une ombre très opaque située en arrière de la région auriculaire. Dans l'examen postérieur, on aperçoit, de chaque côté du hile, deux volumineuses masses sombres, en forme d'ailes de papillon, dont la gauche est plus développée que la droite (*adénopathie trachéo-bronchique*).

Les sommets sont un peu diminués de transparence, mais ont gardé leur illumination à la toux.

La réaction de *Bordet-Wassermann*, pratiquée à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, est franchement positive (H° à l'échelle colorimétrique de Vernes).

Traitement. — Pendant les premiers jours du séjour du malade dans notre service, l'adrénaline et l'extrait hypophysaire furent seuls employés. C'est la médication qui jusqu'ici s'était montrée le plus efficace. Mais l'amélioration obtenue n'était que passagère, et les accès se reproduisaient quelques heures plus tard. La situation était véritablement lamentable, justifiant l'intervention chirurgicale faite auparavant, malheureusement sans succès.

L'examen radioscopique nous ayant révélé une forte sclérose pulmonaire et une adénopathie trachéo-bronchique très accusée, nous avons alors soupçonné l'origine syphilitique de l'affection, et la séro-réaction positive a bientôt confirmé notre opinion. Bien que le malade n'ait jamais eu, à sa connaissance, d'accident spécifique, nous avons cependant institué, fin octobre, le traitement antisyphilitique par des doses croissantes de sulfarsénol.

Dès les premières injections, les crises s'espacèrent, puis disparurent. Au bout d'une vingtaine de jours, notre asthmatique respirait d'une façon presque normale et pouvait quitter l'hôpital. A l'examen radioscopique pratiqué un mois après le début du traitement, *on constatait avec étonnement que les ombres médiastinales observées la première fois, et dont la plus grosse atteignait le volume d'une orange, étaient complètement disparues*; l'espace médiastinal en position oblique était redevenu libre sur toute sa hauteur. Durant le mois de décembre les injections sous-cutanées furent poursuivies, mais mal supportées localement. On dut substituer au sulfarsénol, dont la dose totale atteignait 2 gr. 50, le métarsénobenzol.

Le malade est revu en janvier, complètement transformé. L'état général est très amélioré. *Aucune crise ne s'est produite depuis plus de deux mois, ce qui n'était pas arrivé depuis plus de deux ans.* La dyspnée d'effort, elle-même, est disparue, et le travail à la chaleur, auprès des fourneaux, est parfaitement toléré. Les signes de

bronchite chronique se sont considérablement modifiés, et l'expectoration est presque nulle. Enfin, la réaction de Bordet-Wassermann, faite le 25 janvier, s'est montrée négative ».

Elle ne saurait être plus probante ni plus nette. Il s'agit d'un *asthme vrai, guéri chez un syphilitique par le traitement spécifique*. Ici une seule chose a pu être discutée : la possibilité d'une association de la tuberculose à la syphilis. Mais si le malade prétend avoir présenté en 1921 une expectoration bacillifère, jamais, par contre, ni en Allemagne ni en France, à l'hôpital de la Charité, où pourtant plusieurs examens furent pratiqués, on n'a pu déceler le bacille de Koch. De plus la guérison en *quelques semaines*, par le traitement spécifique, d'une dyspnée asthmatique assez violente pour avoir justifié une résection pluricostale en 1920, suffit à bien montrer l'importance des relations existant entre son asthme et une syphilis révélée d'autre part par une réaction sérologique positive. Sans doute l'adénopathie trachéobronchique constatée à la radioscopie s'est-elle plus ou moins mélangée de sclérose bronchopulmonaire généralisée. Il n'en reste pas moins vrai que l'asthme a disparu en même temps que les masses ganglionnaires si judicieusement rapportées par les auteurs à la syphilis. D'autre part il est une chose sur laquelle presque tous se trouvent d'accord aujourd'hui : la difficulté de guérir les scléroses considérées comme processus cicatriciels. On ne saurait donc, dans le cas de MM. Sézary

et Alibert admettre cette sclérose comme étiologie principale des crises asthmatiques de leur malade alors que ces même crises ont disparu totalement, permettant même la reprise d'un travail pourtant peu indiqué en pareil cas. *Enfin, nous ne connaissons pas d'asthmatique tuberculeux guéri par le traitement spécifique.*

OBSERVATION III

(Docteur Castaigne)

L'asthme y est sous *l'action indirecte* de la syphilis.
« C'est un homme de quarante-cinq ans qui vient à la consultation pour asthme s'aggravant de plus en plus.

Il présente une néphrite chronique qui a entraîné les crises d'asthme ou plutôt de pseudo asthme. (Mais il faut selon lui supprimer cette distinction). Donc il s'agissait d'un asthme symptomatique. L'examen complet fait trouver des lésions de *syphilis tertiaire* : gomme frontale. Avoue un *chancre à vingt-sept ans* (dix-huit ans avant). A été mal soigné pour sa syphilis. Rien à la graphie.

Après cure de désintoxication on institue un traitement antisiphilitique prudent : *la néphrite s'améliore et les crises d'asthme disparaissent* ».

Ici l'asthme est sous l'action indirecte de la syphilis. Mais les rapports sont nets : le lien réunissant les deux affections est la néphrite chronique. Il semble à première vue qu'on soit en présence d'un de ces pseudo-

asthmes si fréquents chez les rénaux. Mais le traitement spécifique fait *disparaître* les crises dyspnéiques alors que la néphrite elle-même n'est qu'à peine améliorée.

Voici donc trois cas d'asthmes absolument différents en apparence quant à leur étiologie et à l'origine desquels il faut cependant bien reconnaître la syphilis. Dans les trois cas il s'agit également de *syphilis acquise* et *très antérieure*, au dire des malades à l'apparition des crises asthmatiques.

Voici maintenant des cas d'asthmes chez des hérédosyphilitiques.

Il s'agit dans tous les cas de sujets ayant présenté une *réaction de Bordet-Wassermann positive*.

OBSERVATION IV

(Docteur Leredde)

Dyspnée habituelle datant de l'enfance. Bronchites à répétition. Emphysème. *Asthme*. — Mou..., vingt-quatre ans. Bronchite aiguë avec état dyspnéique.

Parents bien portants. Ni frères, ni sœurs. Né à six mois et vingt jours. N'a *jamais eu de signes* pouvant faire penser à une *syphilis acquise*.

Dyspnée d'effort depuis l'enfance, n'a jamais pu courir facilement, ni monter rapidement un escalier... Bronchites fréquentes.

La dyspnée s'exagère à l'occasion des bronchites.

En dehors de celle-ci, *crises nocturnes, aboutissant à l'orthopnée.*

30 novembre 1914. — Homme vigoureux. Squelette normal. Thorax globuleux. Séro-diagnostic de la tuberculose (Besredka) = 0. B.-W. = ++.

25 décembre 1914. — Les accidents de bronchite aiguë qui existaient chez Mou... à son entrée à l'hôpital se sont atténués peu à peu, ainsi que l'état dyspnéique.

A l'auscultation, respiration prolongée, inspiration humée sous la clavicule droite, râles sibilants. A gauche, diminution du murmure vésiculaire.

En arrière diminution du murmure vésiculaire en général, surtout au sommet à droite. Sibilances.

Sonorité emphysémateuse à la percussion. La matité précordiale est réduite.

A l'examen rhinoscopique (Docteur Kraus), déviation marquée de la cloison.

OBSERVATION V

(Docteur Ravaut)

« Pas de renseignements sur les grands-parents. La mère a eu pendant son enfance des convulsions suivies de paralysies oculaires et de strabisme persistant encore; elle ne voit pas de l'œil droit. Les incisives de la mâchoire supérieure étaient très déformées, gâtées, et sont tombées. Céphalée pendant toute l'enfance. Elle n'a

eu qu'un enfant qui a maintenant quatre ans; depuis l'âge de trois semaines il n'a pas cessé d'avoir de l'eczéma, alternant avec des poussées d'asthme; il présente, en outre, de l'ichtyose du thorax et des jambes; le corps thyroïde est très atrophie. Bosses frontales; écartement des incisives médianes.

De mars à juin 1922, cet enfant fait trois cures de traitement au calomel et au novarsénobenzol par voie buccale; l'eczéma a disparu mais les crises d'asthme augmentent de fréquence; les parents et l'entourage s'inquiètent et redoutent de voir l'asthme se substituer à l'eczéma. Je leur conseille, malgré des avis contraires, de continuer le même traitement par séries continues et, en mars 1923, j'apprends que l'eczéma n'a plus reparu depuis un an et que l'asthme s'est complètement atténué; c'est le premier hiver que cet enfant a passé sans crises.

J'ai revu cet enfant en juillet 1923 : l'eczéma a complètement disparu et il ne reste que de l'ichtyose sur les jambes. *De mars à octobre 1923 il n'a eu que deux légères crises d'asthme qui ne l'ont pas dérangé alors qu'auparavant ces crises revenaient très fréquemment, duraient plusieurs heures et étaient très importantes* ».

Choisies parmi des observations d'hérédosyphilitiques, elles ont trait : la première à un adulte, la seconde à un enfant de quatre ans. Toutes deux sont formelles : dans l'un et l'autre cas coexistence d'asthme et de sy-

philis prouvée par la positivité du Bordet-Wassermann dans le premier, par la présence dans le second d'antécédents suspects et de stigmates syphilitiques assez nets pour pouvoir être retenus.

Dans les deux cas, malgré la différence d'âge et de terrain, le même traitement novarsénobenzolique améliore les crises puis les fait disparaître. Il est donc permis de voir là autre chose qu'une pure coïncidence. De même nous refusons de considérer la remarquable efficacité du traitement comme un simple effet du hasard.

Il y a donc des asthmes syphilitiques. Ils peuvent être améliorés et souvent guéris par le traitement anti-syphilitique et par lui seul. Encore faut-il que l'origine de certain asthmes soit étayée par des arguments valables. Ces arguments feront l'objet de notre second chapitre.

- TERMINAISONS
BRONCHO-PULMONAIRES
DU VAGUE -

- VOIES
CENTRIFUGES -
(vague)

- CENTRE RESPIRATOIRE
DULDAIRE.

- Syphilis pulmonaire -

- Névrite -

- Hyperexcitabilité -
(Tumeurs)



VOIES CENTRIPÊTES
RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

- Trichisme -
- Laryngite supérior -
- Glossite pharyngée -
- Pneumo-gastrique -

VOIES VISCÉRALES

- Predispositions
spasmodiques
viscéraux -
(Neuro-arthritiques)

MILIEU SANGUIN

- Anaphylaxie -
- Insuffisance Cardiaque -
- Insuffisance Pulmonaire -
- Insuffisance Hépatique Rénale -
- Altérations endogènes -

- SPASME

- Des fibres circulaires -
- Expiration difficile -

NEZ

TRACHÉE - BRONCHES

POUMONS

COEUR

TUBE DIGESTIF

REINS

UTÉRUS

PATHOGÉNIE DE L'ASTHME
(d'après MARTINET)

Fig. 1

CHAPITRE II

Ces arguments sont de plusieurs ordres et d'importance fort variable. Si quelques-uns d'entre eux comme la thérapeutique efficace en particulier ne peuvent être discutés il en est d'autres qui, bien que discutables, tirent de leur groupement un intérêt véritable et doivent aussi à ce titre être étudiés dans ce travail.

ARGUMENTS THÉORIQUES

Nous nous occuperons tout d'abord des raisons d'ordre physiopathologique qui permettent de supposer l'intervention de la syphilis dans la production de certains asthmes.

L'asthme s'entend de toute dyspnée paroxystique portant sur l'expiration et s'accompagnant en général de phénomènes vaso-secrétoires. Ce n'est donc pas une maladie univoque, une entité morbide bien définie, mais un syndrome à la production duquel peuvent concourir plusieurs causes réunies par des éléments communs. (Figure 1).

Trois doctrines principales se sont efforcées d'élu-

cider le mécanisme pathogénique de la crise d'asthme.

Celle d'une *obstruction des bronches* est la plus ancienne. Galien faisait déjà de la présence dans les bronches et les bronchioles de *mucosités* abondantes la cause provocatrice de la dyspnée des asthmatiques. Plus près de nous les crachats perlés de Laennec et les spirales de Cushman sont encore le témoin d'une conception identique. Il existe certes à l'origine de la crise dyspnéique une vasosécrétion indéniable. Mais outre qu'elle peut manquer, elle n'est pas la seule en cause et paraît découler d'une perturbation nerveuse que nous retrouvons d'ailleurs dans les deux autres théories : celle de Reissessen ou doctrine du *bronchospasme*, fermeture brutale des bronchioles par la contraction des fibres circulaires lisses sous l'influence de l'excitation du vague ; celle enfin de la *tétanisation du diaphragme* et des inspireurs principaux.

Ces trois ordres de phénomènes sont, la physiologie l'a bien montré ensuite, sous l'influence de la seule irritation, directe ou indirecte de la dixième paire crânienne.

Cette brusque perturbation nerveuse, des recherches plus modernes se sont efforcées d'en préciser les causes et le mécanisme. En 1898, la notion se précise. Georges Sée prétend que l'asthme est dû à l'excitabilité perversie ou exagérée des centres respiratoires bulbaires. C'est l'asthme par névrose et par névrite du pneumogastrique. L'auteur met bien en évidence la trilogie nerveuse, méca-

nique et sécrétoire conditionnant la crise asthmatique. Il voit bien l'importance des irritations périphériques qui déclanchent pour lui par surrexcitabilité réflexe du bulbe siège de la névrose, à la fois les phénomènes sécrétoires et les troubles de la mécanique respiratoire. Mais ce que l'on n'explique pas encore c'est le caractère paroxysmique des accès, leur réapparition à dates éloignées et surtout certains cas où aucune cause d'excitation périphérique exogène ne peut être retrouvée. A ce moment, la raison de l'hyperexcitabilité bulbaire est recherchée dans l'état diathésique du sujet. Intoxications et infections endogènes entrent en jeu. L'arthritisme domine tout jusqu'au moment où, en 1914, Widal et ses collaborateurs font de la crise d'asthme un phénomène d'ordre anaphylactique.

Déjà en 1906 Langlois puis Percepied en 1912 avaient montré l'analogie clinique de la crise d'asthme et du choc anaphylactique. Cette assimilation expliquait beaucoup de points restés encore incompris : la brutalité des crises, l'apparition chez le même sujet des mêmes phénomènes sous l'influence des mêmes causes. On pouvait dès lors comprendre tout cela par la notion d'une sensibilisation latente et d'un choc déchaînant.

Les hypothèses devinrent certitudes en 1914, lorsque MM. Widal, Lermoyez, Abrami, Brissaud et Joltrain eurent prouvé l'existence avant la crise dyspnéique, d'une « crise hémoclasique » latente mais décelable cliniquement par un certain abaissement de la tension arté-

rielle, biologiquement par une inversion du pourcentage leucocytaire et une leucocythémie brutale. Et ici nous ne pourrions mieux faire que de citer un des passages de l'article du Professeur Bezançon sur la « Pathogénie de l'Asthme » (*La Médecine*, mai 1927) : « Fait capital, remarque-t-il, la même crise humorale s'observe dans les minutes qui précèdent les manifestations brusques des maladies dites par choc : urticaire, migraine, syndrome de Raynaud en particulier. On la voit aussi se produire à la suite d'injection intraveineuse de peptone ou de protéines et de tous les chocs anaphylactiques expérimentaux ». Et il conclut ce passage par ces mots : « Elle (la crise hémoclasique) permet donc de rapprocher la pathogénie de ces diverses manifestations, elle lui confère une unité très précise ».

De ce moment l'asthme, maladie par choc, est rattaché à toute la série des syndromes de cause interne. C'est une affection par idiosyncrasie, c'est-à-dire survenant chez un individu dont le milieu humoral a été lentement modifié, insidieusement transformé. C'est alors que la méthode des cutiréactions survenant, on prétend guérir tous les asthmes par des injections désensibilisantes dont la teneur en principes actifs varie selon la nature de la sensibilisation suspectée. La mode sévit alors des vaccins polliniques, des injections de peptone et de polypeptones. D'Amérique surtout nous arrivent des liquides variés guérissant, les uns l'asthme par réaction aux substances animales, les autres les crises par

sensibilisation aux protéines végétales. Les poils de chat, de chien, de cheval, les grains de blé, d'avoine, le pollen, le foin, coupés en menus morceaux et stérilisés prennent une valeur quasispécifique. Les malades sont soumis à des cutiréactions en série destinées à découvrir l'origine de leurs maux et à appliquer aussitôt le traitement *ad hoc*. Malheureusement les cas analogues à ceux du pharmacien de Trousseau ou du marchand de moutons de Widal s'avèrent comme rares et le plus souvent il resta impossible de reconnaître la nature précise de la sensibilisation en cause. Certains malades étaient polysensibilisés et souvent même la cutiréaction positive ne permit pas d'appliquer avec résultats le traitement dit spécifique. La sensibilisation étant souvent elle-même difficile sinon impossible à prouver, que devenait alors l'anaphylaxie? Le rôle de l'épine locale irritative expliqua quelques-uns de ces cas qui désespéraient les cliniciens. L'asthme ne peut disparaître chez un sujet sensibilisé que si l'on supprime la cause d'appel irritante, polype, déviation de cloison, hypertrophie de cornée. De plus, ces affections jouent le rôle de cause localisatrice. Ce sont elles qui orientent vers l'appareil respiratoire sous forme de crise dyspnéique les effets du choc humoral.

Nous voyons donc que l'on a invoqué pour expliquer la crise d'asthme :

a) des phénomènes mécaniques, obstruction des bronches;

- b) des phénomènes nerveux : spasmes bronchiques et des muscles inspireurs;
- c) des causes toxiques : protéine, bactérie;
- d) un choc anaphylactique;
- e) une épine localisatrice de ce choc;
- f) une aptitude spéciale du système nerveux végétatif conditionnant l'apparition du choc.

L'asthme est donc placé à juste titre parmi certaines affections dites diathésiques, dont quelques-unes, migraines, urticaire, eczéma, ont avec lui une parenté si proche qu'elles le remplacent parfois chez un même sujet, soit immédiatement sous forme de « véritable métastases » selon l'expression du Docteur Ravaut, soit à échéance plus ou moins lointaine. Souvent, ces affections sont héréditaires, se transmettant pendant plusieurs générations aux membres d'une même famille : Trousseau était asthmatique comme sa mère et les praticiens connaissent ces familles de neuro-arthritique désespérant où le père présente des crises de dyspnée nocturne tandis que la mère souffre de poussées d'eczéma et que les enfants font de l'urticaire ou des œdèmes locaux inexplicables. A la base d'accidents si divers, il y a un terrain unique. Certes, l'éclosion des phénomènes morbides est souvent sous l'influence d'une irritation locale. Mais toujours il existe un substratum, une fondation sur laquelle repose l'édifice pathologique. Dans la pathogénie de l'asthme il y a des éléments constants : 1° le terrain général qui explique l'existence de cette instabilité humo-

rale si particulière; 2° le terrain local ne manque presque jamais, c'est l'épine irritative le plus souvent respiratoire mais parfois située en un endroit quelconque du domaine pneumo-gastrique.

Ces deux éléments peuvent être d'origine syphilitique. Ils le sont sans doute, surtout le premier, beaucoup plus fréquemment qu'on y a pensé jusqu'alors. Mais ce n'est pas seulement dans la production de ces deux éléments pourtant principaux de l'asthme que la syphilis joue son rôle, elle peut encore entrer en jeu dans la genèse de ce que Langeron nomme « les éléments variables de la crise d'asthme ».

Sans parler de ces asthmes réflexes, où l'épine irritative parfois syphilitique peut être assez puissante pour déclancher la crise, n'est-il pas évident que maints asthmes dits infectieux sont dûs à la poussée aiguë de la bronchite survenant chez un scléro-pulmonaire et hérédo-syphilitique. Ne peut-on pas supposer pour la syphilis comme pour la tuberculose l'existence de poisons solubles, de toxine parasitaire ou microbienne qui, dans l'un et l'autre cas, joue le rôle de substance sensibilisante puis déchaînante? Certes, dans la majorité des cas, il s'agit de sclérose pulmonaire généralisée et c'est surtout ainsi qu'il faut concevoir le rôle de la syphilis pulmonaire dans la production de l'asthme. Mais il s'agit ici d'une sclérose localisant un choc général.

Et dans la genèse de ce terrain arthritique si complexe que sa définition même n'a pu être encore fixée

de façon décisive, ne peut-on point admettre à côté de plusieurs autres facteurs l'existence d'une syphilis latente? Dans son livre sur *Les maladies de la cinquantaine*, Leclerc décrit les effets des infections sur la physiologie respiratoire : « La grippe, la rougeole, la syphilis et surtout la tuberculose, dit-il, agissent par leur toxine de la façon suivante : irritation de fibres motrices des muscles bronchiques, action sur les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux pulmonaires et absorption d'une partie de l'oxygène du sang d'où augmentation du CO_2 , poison bulbaire dyspnéisant ». On voit là certes plus qu'il n'en faut pour produire une crise d'asthme.

D'autre part, ces infections chroniques dont la syphilis est une des principales, à cause de sa fréquence et de sa latence aussi, qui l'empêchent bien souvent d'être dépistée et traitée, ces infections, à la longue, retentissent sur le foie dont les fonctions finissent par être troublées. Et cet hépatisme, ce premier surmenage hépatique, qui, si souvent, pour Moncorgé, est l'origine de crises d'asthme très violentes, quoique généralement espacées, se trouve, lui aussi, dans nombre de cas, sous l'influence directe de la spécificité.

Ici, nous nous permettons de mettre sous les yeux du lecteur le schéma pathogénique de l'asthme (figure 2) d'après Paul Cantonnet. Des deux ou trois origines qui, d'après cet auteur et bien d'autres encore, seraient le point de départ de l'asthme, on voit qu'il est facile, sans paraître exagéré ou partial de remplacer les premières :

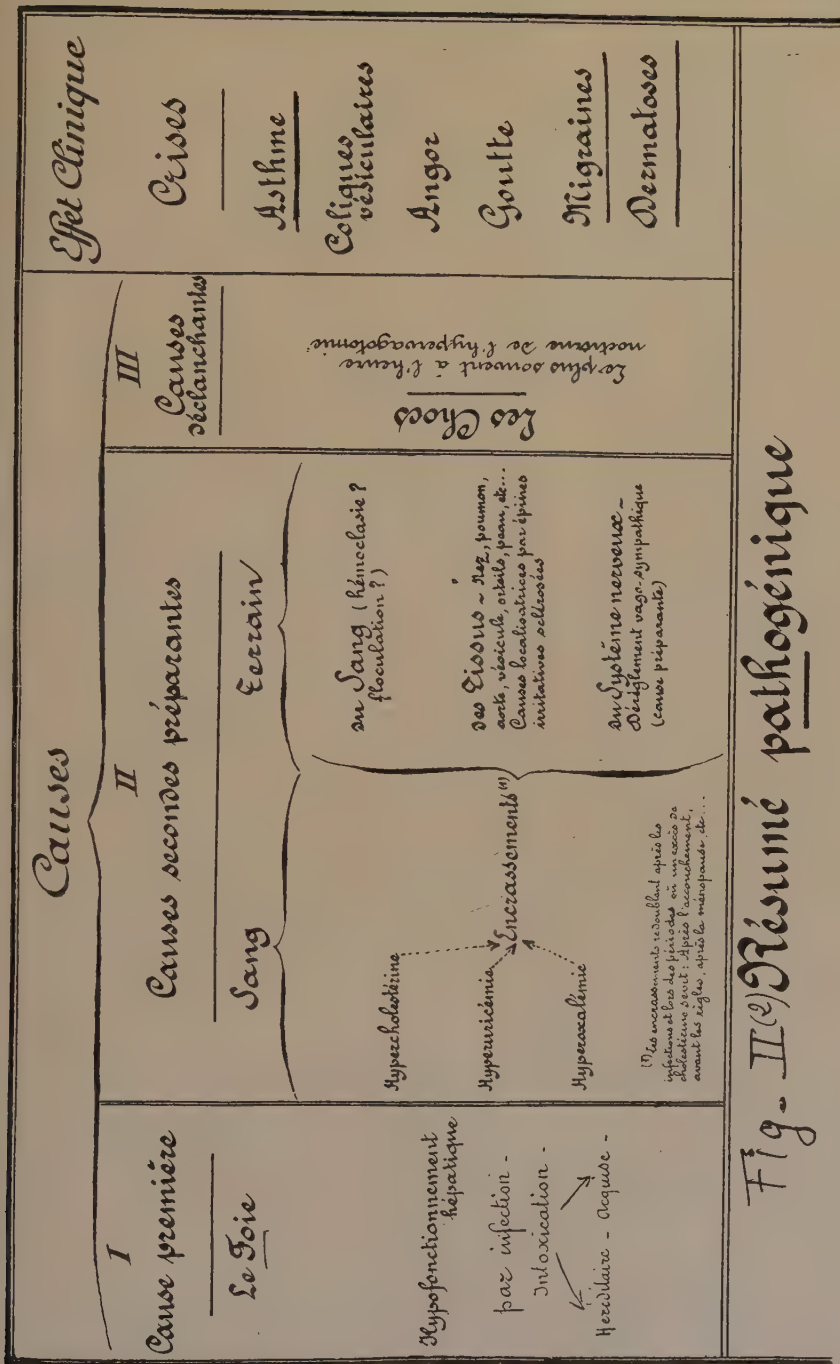


Fig. II⁽²⁾ Résumé pathogénique

⁽¹⁾ Les encrassements surviennent après les infections et lors des périodes où un excès de cholestérine sévit : après l'accouchement, avant les règles, après le mariage, etc...

intoxications, infections endogènes ou exogènes, acquises ou héréditaires, par une seule : Syphilis acquise ou héréditaire. Car toutes ces conséquences, que l'auteur nous donne ensuite comme venant contribuer à l'éclosion de l'asthme, peuvent être bien souvent le résultat d'une syphilis héréditaire.

Asthme toxique, infectieux, par hépatisme, peuvent, nous venons de le voir, être rattachés à la syphilis dans bon nombre de cas. Qu'il s'agisse de sclérose pulmonaire ou hépatique, de trouble du métabolisme, encore mal définis ou même d'un vice nutritif plus complexe encore et plus caché, il n'est pas exagéré d'en attribuer souvent la cause à la syphilis et plus particulièrement à ces hérédo-syphilis latentes qui travaillent sournoisement, sans grand dégât apparent, à l'usure lente, à des modifications insidieuses de l'organisme.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour nombre de ces asthmes dits anaphylactiques, d'ailleurs étiquetés parfois sans aucun critérium sévère. Pour faire la preuve de l'asthme purement anaphylactique, il faut, dit Langeron, procéder par exclusion d'abord. Puis toutes les autres causes possibles éliminées et sérieusement éliminées, s'attacher à mettre en lumière deux choses qui sont les principales : une sensibilisation préalable, une cause déchaînant lui correspondant. Pour cela, plusieurs méthodes sont possibles et plus ou moins faciles à réaliser. Ecartons la méthode passive expérimentale, impossible à réaliser dans le cas qui nous intéresse. Seule

nous reste l'enquête étiologique démontrant que la crise d'asthme survient dans des circonstances constamment identiques pour un même sujet. Or, si cette enquête étiologique est bien difficile à mener en clientèle, où l'on sait la peine éprouvée à pousser trop loin certains interrogatoires, il existe cependant des observations fort probantes.

Nous ne pouvons ici mieux faire que de rapporter brièvement une des observations (docteur H. Dufour) que l'on trouvera à la fin de notre travail :

Une femme de plus de soixante ans est atteinte d'asthme hivernal que l'on suppose être dû à une sensibilisation au duvet de literie (les crises ne se montrent que l'hiver lors de l'apparition sur le lit de la malade d'un édredon de plume). Cette femme présente en même temps une ostéite hypérostosante du tibia. Soumise au traitement syphilitique, son asthme disparaît en même temps que ses lésions syphilitiques, bien que, entre temps, l'hiver revenu, l'édredon fatal ait fait sa réapparition sur le lit de la malade. Cette observation nous semble très suffisante pour conclure à l'existence d'asthme anaphylactique certes, mais cependant sous l'influence directe de la syphilis puisque seul un traitement anti-spécifique permet de le guérir malgré la persistance du duvet sensibilisateur.

Il y a enfin des cas où devant la carence de toute étiologie évidente, ou minutieusement recherchée sans succès, il faut reconnaître son impuissance. Ce sont ces

asthmes qualifiés d'essentiel. Là, pour des raisons qui nous échappent, l'organisme réagit à des causes que nous ne voyons pas ou auxquelles nous ne pensons pas par une crise paroxystique asthmatique. Pourquoi ne s'agirait-il pas bien souvent, là aussi, d'une modification de l'équilibre physiologique respiratoire par irritation ou imprégnation syphilitique des centres et des nerfs respiratoires?

La physiologie rapidement reprise de la crise d'asthme peut se résumer en quelques mots : *hyperexcitabilité pneumogastrique sans contre-balancement sympathique*. Ce dérèglement du vague ou plutôt des deux systèmes pneumogastriques et sympathiques antagonistes est-ce à dire qu'une syphilis nerveuse latente ne puisse le réaliser? Certes, une médiastinite syphilitique par la compression du pneumo-gastrique peut, tout le monde le reconnaît, amener le déclenchement de crises d'asthme. Mais le trajet de la dixième paire est long, de son origine à sa terminaison et sur un aussi grand parcours elle est susceptible d'être excitée par irritation ou compression en bien des endroits. Dans le plancher du quatrième ventricule, au niveau de ses origines bulbaires, qui s'étendent de chaque côté de la ligne médiane, dans sa traversée de l'étage postérieur de la base du crâne jusqu'à sa sortie par le trou déchiré postérieur, le X peut être comprimé par une gomme, par une plaque de méningite syphilitique, par un de ces petits anévrismes artériels si fréquemment rencontrés, sur les

vaisseaux crâniens à l'autopsie de syphilitique artérioscléreux. N'est-il pas admis dans la syphilis cérébrale que le ptosis des paupières, une hémianopsie subite, une aphasie brutale doivent jeter l'alarme et faire penser à la spécificité des centres nerveux supérieurs. Pourquoi certains asthmes inexpliqués, certaines crises dyspnéiques sans cause apparente ne seraient-elles pas logiquement rapportées à une des raisons les plus fréquentes d'irritation nerveuse, la syphilis? Plus bas encore, lorsque après sa sortie de la boîte crânienne il chemine un moment plaqué presque sur la face antérieure des premières apophyses transverses cervicales ou ensuite, lorsque se dirigeant en bas et en avant, il vient se faire le satellite de l'œsophage qu'il suivra désormais jusqu'au diaphragme, ne peut-il pas être touché en de multiples endroits par des lésions d'ordre syphilitique logiques et plausibles quoiqu'ignorées parce que latentes? Ces filets respiratoires et digestifs supérieurs peuvent entrer en jeu et par voie centripète, produire la crise d'asthme sous l'influence d'une laryngite syphilitique que seul l'examen du spécialiste révélera. Plus bas encore, lorsque passant à gauche tout contre l'aorte il détache autour d'elle son rameau récurrent, c'est un anévrysme universellement reconnu comme syphilitique, qui peut malgré sa latence habituelle, se révéler au clinicien par une crise asthmatique d'allure banale et pendant longtemps inexpliquée.

Toutes sortes d'irritations peuvent agir directement

sur le vague pour amener le déclanchement de crise d'asthme. L'on voit que très souvent les lésions locales irritatives, plaques de méningite, anévrisme, exostoses, peuvent être rattachés à une étiologie commune, la syphilis. Mais il faut aussi avec Martinet et Moncorgé reconnaître l'importance des facteurs extra-nerveux dans la genèse de l'hyperexcitabilité des pneumo-bulbaires. C'est ainsi que des excitations périphériques quelconques correspondant à des lésions viscérales ignorées encore sont, dans beaucoup de cas, à l'origine de crises d'asthme dites essentielles. Il ne semble pas téméraire de supposer une fois de plus la participation syphilitique dans ces asthmes dont la nature échappe aux investigations comme d'ailleurs beaucoup de manifestations spécifiques.

ARGUMENTS PRATIQUES

La physiologie normale non plus que la physiologie pathologique ne nous défendent donc d'attribuer à la syphilis un rôle plus étendu que celui qui lui est généralement dévolu dans l'affection qui nous occupe.

Certes, on pourrait nous reprocher de nous être longtemps cantonné dans un domaine purement hypothétique. A cela, même si nous n'avions pas d'autres arguments, nous estimerions suffisant de répondre que nous n'avons avancé que des choses logiques et possibles ce qui est déjà bien joli en matière d'imagination médicale.

D'un autre côté, la participation de la syphilis dans la genèse de plusieurs syndromes morbides s'étend de plus en plus et il est fort probable qu'un jour ou l'autre la preuve matérielle de la syphilis pourra être faite dans beaucoup de ces affections à pathogénie mal définie, d'allure bizarre qui, pour les cliniciens de 1930, restent encore des inconnus. Il nous suffit, pour le moment, de rappeler que tous les auteurs, même ceux qui ont prétendu apporter une conception exacte et définitive du syndrome asthmatique, ont accordé à la syphilis une part plus ou moins prépondérante dans la genèse de l'affection. Nous n'essayons pas de prétendre retrouver toujours la syphilis dans tous les cas de crise d'asthme. Trop heureux si nous pouvions seulement faire penser plus souvent à la possibilité de son existence, surtout dans ces cas d'asthme de nature non définie survenant chez des sujets dont les antécédents héréditaires se révèlent chargés de certaines tares suspectes. Il y a certainement des asthmes syphilitiques évidents : une médiastinite constatée à la radioscopie, un anévrisme manifesté par ses signes physiques et qui s'accompagnent de crises d'asthme doivent faire pratiquer un traitement antisyphilitique. Ce ne sont pas les plus intéressants puisqu'alors on pense toujours à établir la relation de cause à effet. Mais nombreux sont les malades chez qui la syphilis évolue à bas bruit, créant des troubles d'allure banale dont cependant les récides constantes, la transmission héréditaire doivent éveiller l'attention. C'est alors

seulement qu'un traitement curatif bien compris et non pas seulement symptomatique pourra faire disparaître des phénomènes morbides jusqu'alors désespérants.

En particulier, pour des manifestations si polymorphes de la syphilis, nous avons beaucoup à apprendre encore, et il est hors de doute que, à côté de ces altérations pathologiques évidentes qu'on lui attribue, elle arrive à créer lentement des altérations humorales, des modifications de terrain pouvant provoquer cette sensibilité si spéciale que l'on s'accorde unanimement à trouver à la base de l'asthme.

A. — Arguments pratiques subjectifs

En 1919, le professeur Hutinel démontrait le rôle de l'hérédité syphilitique sur les glandes endocrines, sur le rein et mettait en lumière les méiopragies, les vices de fonctionnement durables qui en sont le résultat. En 1922, le professeur Audry réunissait sous le terme général d'endocrinide syphilitique, une série de manifestations dues elles aussi à l'action de la syphilis surtout héréditaire, sur les glandes vasculaires sanguines. Or, plusieurs auteurs ont voulu voir l'origine de certains asthmes dans l'altération des fonctions de ces mêmes glandes endocrines.

Bien plus encore, le docteur Ravaut, en janvier 1920, insistait sur la fréquence des antécédents syphilitiques ou hérédo-syphilitiques dans certaines affections dermatologiques, eczéma, urticaire, prurigo, etc... dont

le lien n'est plus à démontrer actuellement avec d'autres affections dites diathésiques, l'asthme en particulier. « Je crois, disait-il, que la syphilis surtout héréditaire, entre souvent en jeu dans la production de leur forme chronique récidivante, familiale et, si l'on est obligé de reconnaître que ces accidents nécessitent pour se développer une terrain spécial, aucune infection par la multiplicité de ses localisations, la persistance de son action perturbatrice, lente, latente, prolongée sur plusieurs générations, ne saurait mieux nous rendre compte à priori de leur différent caractère, de leur transmission héréditaire, de leur extension aux différents membres d'une même famille et de l'action du traitement anti-syphilitique convenablement manié ».

B. — Arguments pratiques objectifs

A ces arguments dont on ne saurait contester l'importance, alors qu'ils émanent d'une autorité aussi qualifiée, nous allons maintenant apporter l'appui de preuves objectives cliniques statistiques, biologiques et thérapeutiques. Il nous a été impossible de trouver dans la littérature médicale se rapportant à notre sujet des statistiques dont l'ensemble aurait pu constituer un argument en faveur de l'asthme syphilitique. Les deux seules que nous ayons pu rencontrer au cours de nos recherches, portent sans doute sur un nombre de cas trop restreints pour que l'on puisse leur attribuer une valeur définitive. Nous nous permettons de les citer cependant à titre

documentaire et nous y ajouterons celles de notre maître le Docteur H. Dufour. C'est, à vrai dire, la seule qui porte seulement sur des cas d'asthme rencontrés chez des syphilitiques. Les deux autres, celle du Docteur Leredde en 1917 et celle du Docteur Ravaut, en 1924, portent à la fois sur des cas d'asthmes syphilitiques, mais aussi sur diverses affections relevant soit d'un état pulmonaire d'origine spécifique, soit d'une diathèse par syphilis acquise, ou plus souvent héréditaire.

Dans le *Paris Médical*, du 15 septembre 1917, sous le titre de *Etudes sur une forme ignorée de syphilis pulmonaire*, le Docteur Leredde présente vingt observations de pulmonaires chez qui il a recherché la syphilis et dont il a constaté la présence soit par des réactions sérologiques positives, soit par la présence de stigmates cliniques probants, soit enfin par les beaux résultats du traitement anti-spécifique. Parmi les cas se rapportant aux asthmatiques (les seuls pulmonaires qui nous intéressent ici) nous relevons :

1° Trois cas (observations 1, 3 et 4) où la séro-réaction de Wassermann et le Hecht (pratiqués alors par M. Rubinstein) furent trouvés positifs. A noter que chez le premier de ces malades, un Besredeka négatif permettait d'éliminer toute idée de tuberculose pulmonaire.

2° Six cas (observations 9, 10, 11, 13, 16 et 20) où, malgré l'absence de réaction biologique positive, la syphilis peut être retrouvée par la présence de stigmates

spécifiques cliniquement appréciables. Si nous totalisons, nous obtenons donc sur vingt cas, le chiffre de neuf asthmes chez des syphilitiques. A ces neuf observations, on peut sans crainte de se montrer par trop tendancieux, ajouter un dixième cas (observation 18) dont les crises dyspnéiques, avec accès paroxystiques, ressemble fort à des accès d'asthme. Soit donc au total dix asthmatiques sur vingt pulmonaires syphilitiques.

Voyons à présent la deuxième statistique dont nous puissions faire état. C'est celle du Docteur Ravaut publiée à deux reprises d'abord en mai 1923 dans la *Presse Médicale* et portant sur soixante-deux malades tous atteints de maladie par trouble de sensibilisation : eczéma, urticaire, asthme, etc...; puis en 1924 dans le *Monde Médical* et portant cette fois sur quatre-vingt-deux malades atteints du même groupe d'affection. Dans ces chiffres, le docteur Ravaut donne pour quatre-vingt-deux malades, un pourcentage de dix-neuf syphilitiques seulement. Soit à peine quinze pour cent alors que sa statistique précédente donnait cinquante pour cent de syphilitiques. Encore faut-il reconnaître que sur ces dix-neuf syphilitiques, quelques-uns seulement sont asthmatiques puisqu'il s'agit ici de tout un groupe de malades par trouble de sensibilisation et où les cas d'asthme, d'urticaire, etc., ne sont pas dénombrés par affection. Cependant, il faut ajouter que seuls les syphilis héréditaires ont été ici admis à concourir à l'édification de la statistique.

En dernier lieu, voici la statistique présentée par le Docteur H. Dufour à la Société médicale des Hôpitaux en 1930. Sur un total de trente-cinq observations, toutes recueillies dans la pratique de ville : il en est dix-neuf de très probantes, qui peuvent se décomposer ainsi : huit où le rôle de la syphilis semble bien établi par l'action favorable ou curative du traitement anti-spécifique, par l'association au syndrome asthmatique, d'autres manifestations syphilitiques.

Six où la syphilis étant très antérieure à l'apparition de crises d'asthmes, ces dernières ont notablement bénéficié du traitement spécifique.

Cinq enfin où il s'agit d'enfants, fils ou filles de parents syphilitiques.

Certes, il est des auteurs qui acceptent de poser un peu trop aisément peut-être le diagnostic de syphilis sur la constatation de stigmates non admis par tous comme de nature spécifique. Mais, il ne saurait échapper à la lecture des observations qui suivent, que tous les diagnostics portés par les auteurs dont nous citons les observations, l'ont été de façon aussi probante que possible.

BIOLOGIQUES

Certes, l'idéal serait d'avoir dans chaque cas une réaction sérologique Wassermann Hecht, Desmoulières, Jacob Stal, etc., probante. Mais le fait de baser seulement un diagnostic sur le résultat d'un Wassermann

nous semble et à beaucoup d'autres aussi, une erreur. La valeur de ces réactions dépend en grande partie de la valeur du laboratoire où elles sont exécutées. D'autre part, sauf pour les cas de syphilis secondaire, le Bordet-Wassermann se montre, on le sait, fréquemment négatif. A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de syphilis héréditaire, comme c'est le cas dans nombre d'observations en jeu. On en est alors amené à pratiquer le Hecht-Desmoulières beaucoup plus sensible certes que le Wassermann mais qui, peut-être à cause de sa sensibilité plus grande, risque de donner un résultat positif en dehors de toute syphilis. C'est donc en définitive au stigmatisme clinique qu'il faut souvent demander de faire la preuve de la nature syphilitique de l'affection constatée.

Enfin, il faut bien reconnaître que les médecins syphiligraphes ou vénéréologistes ont dans leur clientèle de par la force même des choses, une plus grosse proportion de spécifique que les autres. Ils sont de plus amenés à y penser peut-être plus souvent que beaucoup de leurs confrères de médecine générale et par ce fait seul sont aptes à constater chez leurs malades la présence de symptômes même minimes qui pour d'autres resteraient ignorés.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions considérer les arguments statistiques ou biologiques comme inébranlables dans le cas qui nous occupe.

CLINIQUE

Ne pouvant donc prouver par des arguments extrinsèques que l'asthme est une manifestation syphilitique, nous sommes amenés à rechercher les conditions nécessaires pour que l'on puisse dire d'un asthme : il est syphilitique. Il nous semble que, à peu près comme l'a demandé Troller à propos du diabète syphilitique, trois conditions sont, sinon nécessaires, tout au moins utiles pour imposer un diagnostic étiologique soutenable.

1° Antécédent syphilitique du malade.

2° Apparition de l'asthme en même temps que d'autres accidents syphilitiques ou à leur suite.

3° Action efficace sur l'asthme du traitement anti-syphilitique.

Il est certes bien difficile de réunir chez un même malade ces trois conditions à la fois. On sait bien qu'il est rare de pouvoir retrouver chez un sujet tous les signes qui classiquement sont décrits dans une affection.

D'autre part, ces conditions peuvent être délicates à mettre en évidence, on peut soumettre un asthmatique au traitement spécifique par hasard, pour essayer, sans être guidé par aucun signe clinique, de même que chez un asthmatique syphilitique avéré, le traitement peut fort bien rester inopérant tant sur l'asthme que sur la syphilis constatés par ailleurs d'une façon probante. Enfin de ces conditions réclamées plus haut pour établir l'origine syphilitique de certains asthmes, il en est comme de tous les arguments proposés, ils n'ont pas

tous la même valeur, les deux premiers, antécédents syphilitiques et précession de la syphilis sur l'asthme peuvent n'être que des coïncidences. Le troisième, la condition thérapeutique, reste donc le meilleur et de beaucoup le plus décisif.

Antécédents syphilitiques

Cette condition s'impose à première vue. Mais elle peut être bien difficile à mettre en évidence. Beaucoup de syphilis passent inaperçues pour beaucoup de raisons, soit que le médecin ne pense pas à la rechercher, ce qui est rare à l'heure actuelle, soit que le malade n'avoue pas sa syphilis. C'est le cas de beaucoup, le plus fréquent. Nombre de malades n'avouent pas leur syphilis, ou bien en sont encore à considérer la vérole comme une maladie honteuse ou bien ayant été déjà traitée et très suffisamment à leur gré, ils se jugent guéris prématurément. Et très souvent, comme le disait si bien le docteur H. Dufour, le médecin a l'impression qu'il serait mal venu à s'engager trop avant dans une voie où il aboutirait seulement à perdre la confiance de son malade et de son entourage.

Mais la syphilis peut aussi être restée inconnue soit que le chancre ait été ignoré, soit qu'il ait été pris pour une ulcération banale et négligée. Chez la femme en particulier, où l'accident primaire passe si souvent inaperçu, il suffit que les accidents secondaires soient légers

ou fugaces pour que la maladie soit syphilitique sans le savoir.

Bien plus complexe encore devient le problème lorsqu'il s'agit d'hérédo-syphilis.

La syphilis des parents reste inavouée ou inconnue et bien peu de gens qui se savent syphilitiques, acceptent pour leur progéniture l'héritage de leur maladie. En pareil cas, le traitement accepté par le père pour lui-même ne l'est pas toujours pour l'enfant dont le chancre malheureusement présente souvent des réactions biologiques négatives. On en est réduit dans ce cas à chercher les preuves palpables des faits qui, mis sous les yeux de la famille, permettront de lever l'obstination paternelle en montrant la nécessité d'un traitement suivi. Mais de tous les stigmates d'hérédo-syphilis bien peu ont été décrits que l'on ait aussitôt combattu. Il en est bien à l'heure actuelle d'acceptés par la majorité des auteurs. C'est pourquoi de toutes les observations que nous avons rassemblées nous ne publions à la fin de notre travail, que celles où il s'agit de malade à Bordet-Wassermann positif ou bien de sujet présentant outre leur asthme des affections dont la nature syphilitique ne saurait être mise en doute. Paraplégie ou gommès spécifiques dans les observations du Docteur Castaigne, atrophie et inégalité pupillaire ou choroïdite pigmentaire dans les observations du Docteur Leredde, antécédents héréditaires nets ou stigmates osseux évidents dans celle du Docteur

Ravaut, ostéite spécifique, aortite ou poli mortalité d'enfant en bas âge dans celle du docteur H. Dufour.

*Apparition avec d'autres accidents syphilitiques
ou à leur suite*

Cette seconde condition est semble-t-il, la moins importante; certes, elle peut souvent suppléer à la première en attirant l'attention sur l'existence de la syphilis, elle permet de la rechercher d'abord pour l'affirmer ensuite. Mais elle ne paraît pas pleinement convaincante, car le fait de constater des crises de dyspnée paroxysmiques chez un malade atteint d'accident syphilitique, ne suffit pas à poser d'emblée le diagnostic d'asthme spécifique. Cependant, il est des cas où la succession dans le temps des deux ordres de phénomène peut faire conclure à une relation de cause à effet entre la syphilis et l'asthme. Et c'est ici que trouve place, nous semble-t-il, le résumé de l'observation caractéristique d'une des malades de notre maître, le Docteur H. Dufour. « Agée de quarante et un ans, bien réglée, elle voit ses accès commencer en mai pour finir en juillet. Mais cet asthme pollinique, alors qu'elle habite toujours la même contrée, c'est seulement six ans après son mariage, qu'elle a commencé à en supporter les attaques. Elle a présenté tout récemment une pelade sans cause apparente mais qui, ainsi que l'asthme, a été considérablement améliorée par le traitement anti spécifique institué. Or, il faut noter

que son mari présente actuellement des signes de syphilis nerveuse ».

Nous nous trouvons donc bien ici en présence d'un de ces cas d'asthme syphilitique ou le syndrome fonctionnel la crise dyspnéique, permet de remonter à la cause spécifique; c'est en plus un véritable cas d'asthme conjugal dont il s'agit en l'occurrence puisque l'affection ne s'est manifestée qu'après plusieurs années de mariage.

ARGUMENT THÉRAPEUTIQUE

Et nous en arrivons à la troisième condition essentielle pour admettre l'origine syphilitique d'un asthme : l'efficacité du traitement, véritable pierre de touche. C'est de l'aveu unanime la plus importante. Cette thérapeutique spécifique donne dans beaucoup de cas, des résultats excellents. Que ce soit dans les trois cas cités par le Docteur Castaigne, ou après quelques injections quotidiennes de BI Hg les crises cessent, que ce soit le tabétique, fils de tabétique, cités par le Docteur Leredde et qui, présentant des crises d'asthme, en fut débarrassé par seize injections de novarsénobenzol, qu'il s'agisse du malade du docteur Sézary guéri d'un asthme vieux de cinq ans par un traitement arsenical, ou de ceux du Docteur Ravaut qui, soumis à une cure arsenico-mercurelle, s'en trouvèrent guéris ou considérablement soulagés, tous ces faits ne peuvent être discutés. Il s'agit là

de preuves matérielles formelles qui, en l'espèce, permettent de trancher la question d'une façon décisive. Les observations de M. H. Dufour ainsi que nos deux observations personnelles, concourent elles aussi à établir d'une façon patente, l'existence d'asthme syphilitique.

Il est certes bien difficile d'établir les relations qui unissent l'un à l'autre. Nous avons d'ailleurs tenté dans un autre chapitre, de montrer les diverses hypothèses qui peuvent être envisagées mais il est encore une fois un fait certain : que l'on invoque les colloïdes du sang, l'intervention du système nerveux ou des glandes vasculaires sanguines, il reste inconnu la cause qui a rendu ces humeurs ou ces tissus plus fragiles, qui les a sensibilisés. La détermination de cette cause, nous ne prétendons pas en faire la seule propriété de la syphilis. On nous permettra simplement de penser que si des crises d'asthme chez un syphilitique disparaissent en même temps d'ailleurs que d'autres accidents spécifiques sous la seule influence du traitement arsenical, mercuriel ou bismuthique, il y a là plus qu'une coïncidence mais un rapport étroit entre la cause syphilis et l'effet asthme. Certes, dans la pathogénie de l'asthme, bien des choses peuvent intervenir. Par-dessus tout, il faut songer là aussi à une syphilis possible non pas seulement celle qui est acquise, mais bien plus encore celle qui est transmise héréditaire. Chez la plupart des malades dont nous donnons les observations, il n'y a pas d'antécédent révélant une syphilis acquise. Presque toujours, chez les

adultes, les attaques d'asthme remontent à l'enfance ou à l'adolescence et l'on retrouve des stigmates d'infection spécifique héréditaire. Que les symptômes soient peu à peu aggravés au cours de la vie par des infections secondaires surajoutées cela est plus que probable. Il n'en reste pas moins à l'origine une seule cause : la syphilis. Qu'elle soit capable de faire un terrain spécial, de modifier l'organisme tout entier, cela ne peut paraître surprenant. Les aspects revêtus par la syphilis se sont révélés trop polymorphes, trop changeants, trop déroutants même pour qu'on ne puisse lui attribuer, sans crainte d'erreur, une altération organique de plus. Comme le dit le Docteur Ravaut, « à côté de l'hérédité que nous savons reconnaître par ces stigmates, par les réactions du sang, les différentes atteintes humorales ou parenchymateuses qu'elle provoque, il y a une syphilis héréditaire latente, occulte, qui, par les diverses altérations qu'elle produit sur les organes, crée un état spécial, une tare humorale particulière, une véritable diathèse syphilitique grâce à laquelle vont pouvoir se développer de nombreux troubles ». Il reste à expliquer les raisons pour lesquelles le pollen, les duvets, les poussières et bien d'autres choses encore font apparaître des crises d'asthme chez de tels sujets. Certes, ces substances peuvent avoir chez d'autres un rôle sensibilisateur mais dans le cas qui nous intéresse, d'asthme syphilitique, il semble qu'elles agissent comme cause provocatrice. A ce propos, nous nous permettrons de citer encore une fois

le Docteur H. Dufour : « Tout le monde, dit-il, sait que les douleurs fulgurantes des tabétiques tiennent à des lésions de syphilis méningo-radicales permanentes et pourtant leur espacement, leur déclenchement dépendent souvent de causes étrangères à la syphilis. C'est ainsi, ajoute-t-il, qu'un de mes malades tabétique, présentait des douleurs fulgurantes lorsqu'il buvait du champagne ». Or, ce malade, atteint de syphilis nerveuse, fut guéri de son affection, tout au moins cliniquement, par un traitement spécifique habilement conduit. Il ne viendrait à l'idée de personne de voir là un simple effet du hasard. Pourquoi s'agirait-il davantage d'une coïncidence, lorsqu'on guérit non seulement un cas d'asthme mais des dizaines chez des syphilitiques avérés, par le seul traitement anti-spécifique. On peut objecter que l'iodure et les arsenicaux sont depuis longtemps employés dans la lutte anti-asthmatique. Mais il est bien facile de répondre que c'est justement à cause de leur propriété anti-tréponémique, qu'ils agissent sûrement. En tout cas, on ne saurait prêter aux préparations bismuthiques ou mercurielles, tout au moins jusqu'à nouvel ordre, des vertus particulièrement anti-asthmatiques ; or, il est quelques-unes de nos observations où seul ce traitement fut employé et le fut avec succès. D'autre part, bien des asthmes traités sans résultats depuis pas mal de temps par iodure et arsenic séparés, ne se sont trouvés améliorés ou guéris que du jour où l'on a fait suivre une cure bismuthique ou mercurielle. Il faut voir

là, à notre avis, une nouvelle preuve de l'existence aujourd'hui acceptée par tous de syphilis arsenicales résistantes. Pour terminer ce chapitre sur la preuve thérapeutique de l'asthme syphilitique, nous ne saurions mieux faire que de citer quelques passages écrits par différents auteurs, tous qualifiés, sur l'efficacité du traitement anti-syphilitique dans certains asthmes : le professeur Léon Tixier écrit : « Dans quelques cas particuliers, le terrain sera très heureusement modifié par le traitement de l'hérédo-syphilis ». Puis c'est le professeur Sergent qui dit : « Nous sommes peut-être moins désarmés en face des épines de nature syphilitique (que des tuberculeuses) ». C'est le docteur Leredde qui conclut : « En somme il y a lieu de traiter avec persévérance et énergie les malades atteints de sclérose pulmonaire d'origine hérédo-syphilitique ». C'est le docteur Paul Cantonnet qui écrit lui-même : « Faire ajouter dans certains cas (au traitement spécial qu'il préconise) une à deux séries de traitement spécifique ». C'est enfin le Docteur Ravaut qui dit : « Bien qu'il puisse paraître hasardeux parfois de tirer d'une expérience thérapeutique heureuse un argument sur la nature de l'affection étudiée, il faut néanmoins se rappeler qu'en matière de syphilis, nous recourons chaque jour au critérium thérapeutique ».

CHAPITRE IV

Il nous reste maintenant à attribuer à la syphilis active et à l'hérédo-syphilis la part qui revient dans l'étiologie de l'asthme.

Parmi les observations que nous publions, il en est quelques-unes qui ont trait à la syphilis acquise. Elles ont certes une grosse valeur documentaire et témoignent à l'évidence de l'existence d'asthme syphilitique. Mais ce sont là des faits presque banals car indiscutables. Il est impossible dans ce cas de ne pas voir les rapports unissant les deux affections.

Au contraire, il faut signaler tout l'intérêt qui s'attache aux observations se rapportant à des asthmes hérédo-syphilitiques. Ici, la preuve est certes plus difficile à faire. Mais on ne saurait nier l'importance qu'il y a justement dans ces cas à s'attacher au dépistage d'une syphilis héréditaire possible, si l'on veut par un traitement approprié, venir à bout d'une affection jusque-là considérée comme incurable. Cet intérêt thérapeutique double celui que constitue déjà à lui seul la grande fréquence de ses asthmes hérédo-syphilitiques. Ce sont en effet les plus nombreux. Il est bien rare que les malades

observés, femmes en général, présentent des antécédents révélant une infection acquise. Presque toujours, comme on le verra, il s'agit de syphilis de famille, de vérole héréditaire, plus ou moins atténuée ou déformée. Cela explique surtout, quoique d'une façon moins objective, que la lente transformation de l'organisme, que la fermentation latente des germes spécifiques arrive à créer cette modification insidieuse sur tout le terrain qui aboutit tôt ou tard, plutôt tard d'ailleurs, à l'explosion des crises d'asthme.

OBSERVATION VI (Docteur Leredde)

Dyspnée habituelle, datant de l'enfance, Emphyseme. *Asthme. (Séro-réaction négative devenant positive après réactivation).*

Lej..., trente-deux ans et demi. Bronchite intense et dyspnée depuis six semaines.

Râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine.

Il n'y a rien à noter au point de vue familial. Aucun antécédent de syphilis acquise.

Dyspnée d'effort depuis l'enfance, qui s'est atténuée à l'âge de quinze ans. Pas de bronchites durant cette période.

A trente et un ans, bronchite aiguë. La dyspnée reparaît. Atténuation de la bronchite avec persistance de la dyspnée pendant le séjour à l'hôpital.

Le 21 décembre 1914 sans cause connue : *crise d'asthme* (le malade en a eu deux ou trois depuis deux ans).

2 janvier 1915. — A l'auscultation et la percussion, signes nets d'emphysème.

A l'orifice aortique, retentissement du premier bruit.

Radio. — *Poumons absolument clairs. Aortite chronique.*

Séro réaction : 0 le 15 décembre 1914. Mais après deux injections de Névarsénobenzol de 0 30 :

B.-W. : ++ et H.-W. : + (10 janvier 1915).

Le malade reçoit, de décembre 1914 à mars 1915, neuf injections de Névarsénobenzol ($0,30 \times 2$ — $0,45$ — $0,60$ — $0,75$ et $0,90 \times 4$).

OBSERVATION VII

(Docteur Leredde)

Dyspnée datant de l'enfance. Bronchites à répétition. *Asthme. Stigmata syphilitiques.*

Call..., trente-cinq ans, évacué pour bronchite aiguë. Dyspnée d'effort. Bronchites fréquentes depuis l'enfance. Réformé pour bronchite chronique en 1900.

22 février 1915. — Dyspnée à peine marquée au repos. De temps en temps, grands accès d'oppression nocturne. Expectoration muqueuse.

Pupilles inégales.

Choroïdite pigmentaire périmaculaire.

Radioscopie. — Poumons gris. Cœur petit.

Radius gauche en lame de sabre.

Ponction lombaire. — Hypertension sans lymphocytose.

OBSERVATION VIII

(Docteur Leredde)

Bronchites à répétition. Emphysème. *Asthme*. Etat dyspnéique datant de l'enfance. *Stigmata* (polyléthalié consanguine, etc.). — Rous..., vingt-huit ans. N'a pas été au front (inapte).

7 février 1915. — Bronchite depuis un mois, toux, expectoration peu importante, mais dyspnée prononcée. A craché un peu de sang.

La mère du malade a eu deux fausses couches. Sur treize enfants, trois sont morts en bas âge, quatre de « chaud et froid » entre vingt et trente ans.

^b Le malade est marié, deux enfants en bonne santé.

Dyspnée d'effort depuis l'âge de dix ans. Bronchites répétées, surtout l'hiver, à partir de la quinzième année.

Il existe des accès d'oppression nocturne.

Le malade se plaint de céphalées fréquentes.

Yeux normaux. Dents normales. Squelette normal.

Exagération nette des réflexes rotuliens.

Cœur normal. Thorax non globuleux. A la percussion, rien de spécial.

A l'auscultation, râles de bronchite, surtout aux bases; aux sommets, surtout en avant, respiration humée, expiration prolongée...

Angine et légère congestion pulmonaire à la fin de février.

OBSERVATION IX

(Docteur Leredde)

Bronchites à répétition. Etat dyspnéique. Emphysème. *Asthme*. *Stigmata syphilitiques*. Emphysème et asthme chez un frère. — Piéd..., quarante-trois ans.

10 décembre 1914. — Père mort de cancer intestinal, mère en bonne santé. Un frère emphysémateux et asthmatique.

Deux enfants bien portants. La femme du malade est anémique et neurasthénique.

Sciaticque droite à deux reprises (1899, 1909).

Bronchites répétées depuis l'âge de vingt ans. Etat dyspnéique depuis six ans seulement. *Accès d'oppression la nuit*, en dehors des poussées de bronchite.

Etat général bon.

Exagération marquée des réflexes rotuliens, inégalité pupillaire (G > D).

A l'auscultation et à la percussion, signes de bronchite et d'emphysème (expiration prolongée, râles, etc.).

En février 1914, sans cause connue, poussée de con-

gestion pulmonaire, suivie d'un état subaigu (Voy. courbe thermique fig. 1).

Piéd... est réformé en mars. Il a reçu quelques injections de néoarsénobenzol, suivies de céphalées.

OBSERVATION X
(Docteur Leredde)

Bronchite aiguë avec état asphyxique. Bronchites à répétition. Dyspnée d'effort depuis l'enfance. *Asthme*. *Stigmata hérédosyphilitiques*. — Br..., trente-deux ans.

30 janvier 1915. — Bronchite aiguë depuis trois semaines, qui s'est aggravée et a amené un état asphyxique : visage cyanosé, extrémités froides, respiration rapide. Orthopnée, agitation extrême. Crachats spumeux. Râles fins dans tout le thorax. Fièvre (39°).

Le tout se calme après une saignée de 200 grammes.

16 février 1915. — Bronchites incessantes et état dyspnéique depuis l'enfance.

En outre, *accès d'oppression nocturne*, en dehors des poussées de bronchite. Le visage est cyanosé, malgré l'accalmie actuelle. Acro-asphyxie des mains. Dents normales. Réflexes rotuliens normaux.

Atrophie marquée de la cuisse gauche. Les pieds réunis au port d'armes, les genoux sont largement écartés.

Atrophie marquée du testicule droit.

Inégalité pupillaire : G > D.

A la percussion, sonorité exagérée aux sommets, disparition de la matité précordiale.

A l'auscultation, sibilances, râles ronflants. Aux sommets, expiration prolongée, etc.

Cœur normal.

Séro-réaction de la tuberculose (Besredka) = 0.

A l'examen radioscopique, teinte grise des poumons. Les artères issues de l'aorte sont visibles (calcification).

OBSERVATION XI (Docteur Leredde)

Bronchites à répétition depuis l'âge de vingt ans. Dyspnée permanente. *Accès d'asthme*. Stigmates syphilitiques. — Bau... trente et un ans.

24 décembre 1914. — Accidents bronchiques, dyspnée depuis deux ou trois mois, amaigrissement, fatigue.

Rien d'intéressant au point de vue familial.

A vingt ans, bronchite aiguë et congestion pulmonaire; depuis, bronchite fréquentes, dyspnée d'effort. Petites hémoptysies de temps à autre.

Thorax non globuleux, peu développé. La plupart des dents sont tombées.

Acro-asphyxie des mains.

Myosis avec inégalité pupillaire : D > G. *Signe d'Argyll* (Docteur Boussi).

A l'examen du poulmon : foyers de congestion, di-

minution du murmure vésiculaire, submatité, etc. Expectoration muco-purulente abondante. Les accidents s'atténuent après quelques jours de repos.

W $\approx$ 0; Besredka $\approx$ 0.

3 février 1915. — Amélioration graduelle depuis l'entrée à l'hôpital.

Des phénomènes importants n'ont pas été relevés à l'entrée. En premier lieu, Bau... a des *crises d'asthme typiques*, nocturnes, durant une demi heure à trois quarts d'heure, se terminant par des nausées et de la toux. En outre, migraines répétées, terminées par des vomissements, et état vertigineux habituel.

A la percussion, sonorité légèrement exagérée aux sommets en arrière; à l'auscultation, respiration rude universelle : foyers de râles aux bases. Cœur normal.

2 mars 1915. — Depuis le 20 février, poussée de congestion pulmonaire avec élévation thermique, dyspnée plus intense. Respiration soufflante à la base droite, etc., etc.

B... a reçu en janvier et février trois injections de Néoarsénobenzol.

OBSERVATION XII (Docteur Leredde)

Dyspnée datant de l'enfance. Bronchite à répétition. *Accès d'asthme*, emphysème. *Stigmata syphilitiques*. — Sér..., trente-deux ans.

19 novembre 1914. — Père en bonne santé. Mère « asthmatique ». Grand-père « asthmatique ».

Dyspnée d'effort depuis l'enfance, qui s'est accentuée à l'âge de dix-huit ans : à cette époque apparaissent les bronchites, surtout en hiver. Très légères hémoptysies, de temps à autre.

Accès d'asthme nocturne, durant une demi heure à trois quarts d'heure, avec orthopnée.

Migraines fréquentes depuis l'âge de dix-huit ans.

Squelette normal. Anomalies dentaires : canine inférieure droite implantée à un centimètre en avant de l'arcade. Deux dents implantées de la même manière ont été arrachées.

Pupilles irrégulières, paresseuses à la lumière.

Thorax très globuleux. Râles de bronchite aiguë.

Séro-réaction de la tuberculose (Besredka) = 0.

22 décembre 1914. — Atténuation de la bronchite, mais dyspnée persistante.

Expectoration muqueuse abondante.

Signes d'emphysème nets à l'auscultation, respiration humée.

Expiration prolongée; râles de bronchite.

Sommets clairs à l'examen radioscopique.

Température quotidienne irrégulière, malgré l'absence de tous signes nets de tuberculose.

Quelques injections de néoarsénobenzol ont été faites (céphalée, nausées à la suite).

OBSERVATION XIII

(Docteur Leredde)

Dyspnée, bronchites à répétition depuis l'enfance, *crises d'asthme* chez un malade atteint, de date récente, d'un *grand psoriasis*.

Squelette normal. Aucun stigmate. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Thorax un peu globuleux. Respiration obscure surtout à gauche, râles de bronchite.

OBSERVATION XIV

(Docteur Ravaut)

Le grand-père maternel est mort d'angine de poitrine; la mère est morte de syphilis pulmonaire deux ans et demi après la naissance de notre malade.

Celle-ci est âgée de vingt ans et a toujours eu des poussées d'eczéma *alternant avec des crises d'asthme*.

En 1922 elle présentait lorsque je la vis une poussée d'eczéma très prurigineux, siégeant sur le cou, la poitrine et les bras, de la migraine coïncidait avec cette poussée. Sous l'influence de calomel et d'hyposulfite de soude la poussée cède très rapidement et en deux séries de traitement de vingt jours chacune l'eczéma cède complètement. Etat général bien meilleur.

La malade a depuis continué son traitement. Elle est parvenue à tolérer l'arsenic sous forme de *novarséno-*

benzol donné par voie buccale. Cet hiver, elle est allée dans le Midi, au bord de la mer, et *pour la première fois, elle n'y a plus eu de crises d'asthme*. Elle est en excellent état; l'eczéma n'a pas reparu depuis plus de six mois.

J'ai revu cette malade tout dernièrement; depuis un an elle n'a plus eu de poussées d'eczéma, et il ne persiste qu'un peu d'œdème des paupières; elle n'a eu que deux attaques d'asthme très légères et provoquées par des émanations équine. L'albumine a disparu et elle a pu prendre cet été des bains froids. Son état général est excellent; c'est une transformation complète depuis l'institution de ce traitement. C'est la première fois qu'un traitement est efficace chez elle.

OBSERVATION XV (Docteur Ravaut)

Cette jeune femme m'est adressée par un de mes collègues, accoucheur des hôpitaux, parce que sur cinq grossesses, une seule a été menée à terme; la dernière fois, elle a accouché à neuf mois d'un enfant mort-né présentant un gros foie dans lequel on n'a pas trouvé de spirochètes; le placenta était gros et pesait 1.100 gr. Le professeur Bar consulté à ce moment, pense aussi à la syphilis, d'autant plus que l'examen du sang donne : Bordet-Wassermann : faiblement positif; Hecht : fortement positif.

Ce qui nous intéresse plus spécialement, c'est que cette malade présente de l'urticaire survenant au moment des règles, depuis l'âge de treize ans; elle a trois frères : l'un présente du rhume des foins, un autre a des stigmates d'hérédité, d'après ce qu'a constaté un médecin qui le connaît et il a procréé deux jumeaux; le troisième enfin est sensible au cacodylate et a lui-même deux enfants qui ont de l'urticaire. Je vis la malade en juin 1922 et comme elle partait en vacances, je lui conseillai contre son urticaire et pour commencer chez elle un traitement antisiphilitique, de prendre chaque mois pendant vingt jours, par voie buccale, du calomel et du novarsénobenzol; à son retour de vacances, j'apprends que l'urticaire a presque complètement disparu, bien qu'elle ait été au bord de la mer et qu'elle ait mangé du poisson qu'elle ne supportait pas autrefois. Depuis cinq mois, elle suit un traitement par injections de sels bismuthés et l'urticaire a complètement disparu.

Chez cette malade une injection de 0,15 de novarsénobenzol par voie veineuse a été très mal supportée et la malade n'a plus voulu en subir de nouvelles. J'aurais voulu constater, si chez elle cette sensibilité spéciale ne s'était pas atténuée sous l'influence du traitement antisiphilitique, ainsi que je l'ai déjà constaté chez d'autres malades.

OBSERVATION XVI

(Docteur Ravaut)

Cette malade, âgée de vingt et un ans, présente, depuis l'âge de deux ans, de l'eczéma survenant surtout en été et progressant sans cesse. A seize ans elle a été atteinte, en outre, d'asthme. Son père est bien portant; sa mère est morte d'un cancer de l'utérus ainsi qu'un frère de sa mère qui est mort, à quarante-six ans, d'un cancer du tube digestif.

Lorsque je la vis, en mai 1923, elle présentait de l'eczéma typique des cuisses, des jambes, des creux poplités; la peau est sèche, écailleuse, presque ichtyosique et le corps thyroïde n'est pas perceptible. Elle se plaint de prurit constant et de crises d'asthme survenant toutes les semaines. Elle ne supporte pas les œufs.

La réaction de Bordet-Wassermann du sang est négative, mais les réactions de Hecht et Desmoulières sont positives.

Elle est mise en traitement aussitôt par le calomel et le novarsénobenzol par voie buccale par séries de vingt jours et je lui fais prendre, en outre, du corps thyroïde.

Le résultat est excellent : l'eczéma disparaît peu à peu ainsi que le prurit et le suintement. De mai à octobre 23 la malade n'a eu que trois crises d'asthme. Lorsque je la revois en octobre 1923, je constate la disparition presque complète des placards d'eczéma à la

place desquels persistent encore de l'épaississement de la peau et quelques lésions folliculaires sèches. Son état général est excellent et jamais sa santé n'a été aussi parfaite que depuis l'institution de ce traitement.

OBSERVATION XVII

(Docteur Castaigne)

Femme de chambre, vingt-sept ans, soignée depuis quatre ans pour asthme simple sans résultat. Puis pour asthme syphilitique.

Crises typiques cliniquement : Dyspnée nocturne suivie d'expectoration. Jamais de BK.

A Beaujon on apprend qu'elle a présenté sur une grande lèvre un « bouton ayant duré longtemps » puis des plaques muqueuses. De plus on constate sur le bord antérieur du tibia une cicatrice que l'on peut avec les commémoratifs rapporter à une ex-gomme syphilitique. D'ailleurs *Bordet-Wassermann positif* trois fois de suite.

Donc syphilis évolutive.

Examen pulmonaire. — Adénopathie trachéo-bronchique droite, matité, souffle, circulation collatérale.

Radiographie. — Confirme et montre en plus une médiastinite chronique.

Rien au point de vue syphilitique. Pas de BK.

Traitement. — Anti-syphilitique institué : deux centigrammes de BI Hg par jour.

Résultat. — Les crises cessent, les lésions pulmonaires diminuent à la radio.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Le 20 octobre 1929, nous sommes amenés à voir un enfant de six ans le jeune Henri Ler... Il présente une dyspnée violente, avec quintes de toux, cyanose de la face et agitation marquée. La température est à $38^{\circ}5$. Un médecin déjà consulté pour cette dyspnée qui, quoique moins marquée, dure depuis deux jours a posé le diagnostic de broncho-pneumonie. En l'absence de tout signe de foyer pulmonaire et étant donné le mode de début presque brutal de l'accès nous pensons à une crise d'asthme. Les parents interrogés déclarent que l'enfant a déjà eu, dans le courant de l'année trois ou quatre crises dyspnéiques aussi violentes mais moins longues et sans température, comme d'ailleurs il en a présenté en 26 et 27 plusieurs fois.

Une injection d'Evatmine (demi ampoule) arrête la crise en deux heures et peu à peu tout rentre dans l'ordre.

Mais en fouillant les antécédents héréditaires du petit malade nous apprenons que son père a fait en 1920 une méningite d'allure subaiguë. Il a été soigné par des injections de Cyanure de Hg pendant trois semaines. A partir de ce moment tout traitement est arrêté

malgré les avis répétés du médecin traitant, qui lui a même conseillé de « ne pas avoir d'enfant avant de s'être bien soigné ». A l'examen le père présente encore une inégalité pupillaire très nette ($D > G$) avec un léger nystagmus à gauche dans la position extrême de l'œil en dehors. Son cœur est normal, sauf un second bruit aortique un peu claugoneux.

Etant donnés ces antécédents nous instituons chez l'enfant un traitement à l'acétylarsan infantile. Au bout de douze injections aucune crise ne s'est produite, l'état général est bien meilleur, ce qui décide même le père récalcitrant à se laisser traiter.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

B... Félix, vingt-deux ans, soldat de la classe 1928.
— Incorporé en septembre 1929. Pris service armé. Ne présente rien d'anormal à la visite d'incorporation. Ne signale aucune maladie. En novembre 29, après deux mois de service, entre à l'hôpital militaire de L... pour crises d'asthme cliniquement typiques : grands accès d'oppression nocturne, à début progressif, aboutissant à l'orthopnée. Pas de température, peu d'expectoration. Amélioration par injection d'évatomine.

A l'interrogatoire on découvre que ce malade présente depuis l'enfance des crises d'asthme. Il n'en a pas parlé, parce qu' « il veut faire son service militaire ».

Déjà soigné dans le civil par plusieurs médecins, il a des crises lorsqu'il reste exposé à l'humidité par temps froid. Malgré cela il exerce le métier de couvreur.

Son père aurait une maladie de cœur et serait actuellement soigné par des piqûres « dans les bras ».

Sa mère a perdu trois enfants en bas âge. Un de ses frères, il en a trois, a eu des convulsions. Lui-même ne présente aucune tare. Son système nerveux est normal. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes.

A tout hasard, en l'absence de réaction sérologique positive, mais guidés par les antécédents héréditaires et collatéraux suspects on institue un traitement anti-spécifique mixte arsenico-bismuthique : tous les trois jours injection de deux centimètres cubés de muthanol intra-fessier. Tous les six jours (une fois par semaine), novarsénobenzol intra-veineux, bien supporté. 0,15 — 0,30×2 — 0,45 — 0,60×2 — 0,75 — 0,90×2 en tout.

Au bout d'un mois déjà, le malade n'a plus eu que deux crises d'asthme alors qu'il en a présenté jusqu'à deux par semaine.

Vers la fin du traitement les crises ont disparu totalement. Il quitte l'hôpital en excellent état.

L'auscultation ne montre plus que quelques signes d'emphysème : expiration prolongée, inspiration humée, râles sibilants.

OBSERVATION XX
(Docteur H. Dufour)

Mme H..., cinquante-cinq ans, syphilis (avouée) à vingt ans, Bordet-Wassermann actuellement négatif.

Venue pour emphysème avec crises d'asthme typiques.

Améliorée par traitement modéré (élixir Déret Bi Iodé).

OBSERVATION XXI
(Docteur H. Dufour)

Mme M..., quarante ans. — Asthme à l'entrée de l'hiver depuis vingt ans, *six mois après son mariage*. Mal réglée. A eu deux grossesses. Un des deux enfants n'a vécu que quelques jours. Sa fille a commencé des crises d'asthme à l'âge de vingt ans. Elle a eu un enfant à terme mais mort-né.

Bordet-Wassermann négatif.

Très améliorée par un traitement assez énergique (acétylarsan, élixir Déret).

OBSERVATION XXII
(Docteur H. Dufour)

Mme P..., trente-cinq ans. — Venue consulter pour crises de vomissements bilieux aux moment des règles. *Asthmatique*. Urticaire à répétition.

Examen. — Gros foie douloureux.

Pas de prise de sang.

Revient le 4 février 1930 : amélioration mais insomnie par crises d'asthme.

Revient le 2 août 1930 : bon état. Dort bien après traitement au *muthanol* et à l'élixir Déret Bi Iodé.

OBSERVATION XXIII

(Docteur H. Dufour)

M..A..., quarante ans (en 1927). — Asthme depuis l'âge de trente-six ans, de mai à novembre. Ancien paludéen. A fait sans succès deux séjours au Mont-Dore. Père mort diabétique. Mère vivante asthmatique. Un enfant bien portant.

Rien dans les crachats. Rien aux rayons X.

Hecht positif.

Traité par *muthanol*.

En 1928 : grosse amélioration.

Actuellement guéri.

OBSERVATION XXIV

(Docteur H. Dufour)

Mme D..., quarante-deux ans. — Asthmatique, B.-W. + à une dose à Boucicaut.

Sa fille a aussi des crises d'asthme.

Deux de ses frères sont asthmatiques.

Revue en 1930 : après traitement modéré mais prolongé, très améliorée.

OBSERVATION XXV
(Docteur H. Dufour)

Emile B..., soixante-deux ans. — Syphilis (avouée) dans le jeune âge. Aortite. Hémiparésie gauche. *Asthme nocturne* depuis sa syphilis. Cet asthme a *disparu* depuis quatre ans qu'il soigne bien sa syphilis.

Son fils trente-cinq ans, hérédo-syphilis net, a eu dès sa première jeunesse quelques crises d'asthme.

OBSERVATION XXVI
(Docteur H. Dufour)

Mme F..., soixante-cinq ans. — Ostéite tibia gauche. Souffle aortique systolique. *Crises d'asthme* sur fond d'emphysème. Bordet-Wassermann et Hecht : négatifs. *Très améliorée par le stovarsol.*

OBSERVATION XXVII
(Docteur H. Dufour)

Mme P..., quarante et un ans. — Mari syphilitique, leucoplasie. Inégalité pupillaire. A de l'asthme depuis l'âge de vingt-cinq ans soit *six ans après le mariage*. Pas d'enfant, pas de F. C. Bordet-Wassermann : négatif.

En 1928 : amélioration après traitement à l'acétylarsan.

En 1929 : pelade sans cause apparente.

En 1930 : asthme et pelade ont disparu après traitement prolongé à l'acétylarsan. Le muthanol est mal supporté.

OBSERVATION XXVIII

(Docteur H. Dufour)

Mme A... — *Asthme nocturne. Père syphilitique.*
Refuse le traitement. *Une fille asthmatique.*

OBSERVATION XXIX

(Docteur H. Dufour)

Mme P..., quarante-quatre ans. — Vue en 1928,
asthme depuis trois ans. Rien aux rayons X. *Hecht*
positif.

OBSERVATION XXX

(Docteur H. Dufour)

Mlle S..., vingt ans. — *Père et mère syphilitiques.*
Crises d'asthme. Bordet-Wassermann négatif. N'a pu
être soignée,

OBSERVATION XXXI

(Docteur H. Dufour)

M. G..., quarante et un ans. — Asthme nocturne en hiver. Femme a fait une fausse-couche. Mère a du psoriasis.

Examen. — Rien dans les urines.

Tension artérielle : 13-8.

Rien aux rayons X, sauf signes d'emphysème.

Depuis deux Bordet-Wassermann ont été partiellement positifs.

OBSERVATION XXXII

(Docteur H. Dufour)

M. H. Lé... — Père syphilitique. Argyll Robertson. Fils asthmatique depuis sa naissance. Lui-même : crises d'asthme avec poussées d'eczéma. Bordet-Wassermann négatif,

OBSERVATION XXXIII

(Docteur H. Dufour)

M. L... — Père mort hémiplégique. Syphilis avec inégalité pupillaire, argyll. Femme a fait une fausse-couche. Quatre fils : 1° rhumatisme articulaire aigu; 2° scoliose très prononcée; 3° *asthme*; 4° retardé dans son développement.

OBSERVATION XXXIV
(Docteur H. Dufour)

M. L... — Bordet-Wassermann positif. Un fils mal développé. Un fils asthmatique. Femme asthmatique.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1° L'asthme est un syndrome. Dû à un complexe anatomo-clinique d'origine variable, il serait aussi exagéré de nier, dans son étiologie la possibilité de la syphilis, que de vouloir la considérer comme son unique point de départ.

2° Il existe des asthmes syphilitiques, leur proportion par rapport aux autres asthmes est encore inconnue.

3° Leur nature est prouvée par la présence d'antécédents syphilitiques l'apparition de l'asthme avec d'autres accidents de la syphilis ou à leur suite l'action efficace du traitement anti-syphilitique.

4° Ces asthmes d'origine syphilitique, relèvent presque toujours d'une syphilis héréditaire, larvée, atténuée.

5° Ce dernier fait peut expliquer le caractère familial de certains asthmes. Leur alternance avec d'autres affections du même groupe (eczéma, migraine) chez le même malade ou chez d'autres personnes de sa famille.

6° Le traitement à appliquer dans ces cas d'asthme

chez des syphiliques est le traitement de fond de la syphilis, le seul rationnel. Par lui, on obtiendra des résultats appréciables, là où tous les médicaments usuels, où toutes les cures hydro-minérales ont échoué.

Sans lui, le malade amélioré d'abord, dessensibilisé pour un moment par un traitement autre, se ressensibilisera, se polysensibilisera même (Docteur Castelneau).

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu le Président,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — ASTHME SYPHILITIQUE

- I. — FLEURY C. R. — Case of syphilitic asthma cured by iodide of potassium (Lancet, London 1865, I, p. 257).
- II. — ROSENFELD G. — Ueber asthma syphiliticum (Med. Cor. Bl. d. Württenh ärztl Ver. Stuttgart 1882, LII, p. 297).
- III. — CASTAIGNE. — Crises d'asthme et syphilis (Rev. gén. de clinique et de thérapeutique, Paris 1914, XXVIII^e, page 388).
- IV. — LEREDDE. — Paris Médical, N^o 37, 1917.
- V. — GONZAGA. — Sobre un caso de asma heredo-syphilitica (Brazil medic. Rio de Janeiro 1918, XXXII, p. 311).
- VI. — NADAL. — Sclérose pl. pulmon. de l'enfant et Héréd. Syphiliais, Paris 1919).
- VII. — BEZANÇON ET DE JOG. — Asthme et sclérose pulmonaire (Presse Médicale 1920, n^o 90, p. 885).
- VIII. — MILIAN. — Bullet. Soc. Dermato et Syph., 8 janvier 1920.
- IX. — CUSPIN. — Nouveau Journal de Médecine, avril 1920.
- X. — HECKEL. — Journal Méd. Français, août 1921.
- XI. — SÉZARY ET ALIBERT. — Asthme syphilitique (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, XLVI, p. 242, 3 février 1922).
- XII. — RAVAUT. — Le terrain syphilis. Son intervention fréquente de la genèse de certaines affections dites diathésiques (Primgo. Eczéma. Asthme, etc.) (Monde Médical 1924, N^o 641).
- RAVAUT. — Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation (Presse Médicale, 26 mai 1923).
- XIII. — CORDIER ET CLAUDE. — Asthme et syphilis (Soc. méd. des Hôpit. de Lyon, 2 mars 1926), 12, rue de la Barre, à Lyon.
- XIV. — SEDILLOT. — Il ne faut pas prendre la syphilis de l'aorte pour de l'asthme (Le Monde Médical, 15 mai 1926).

- XV. — P. HARVIER. — L'asthme, complication de la sclérose pulmonaire (souvent de nature syphilitique) (Vol. XI, page 580, du Nouveau traité de Médecine de Roger, Vidal Teissier, Paris Masson 1926).
- XVI. — RAMIREZ ET SAINT-GEORGE A. V. — Incidence of syphilis in bronchial asthma (Am. Journ. Syph. Saint-Louis XI, p. 59, janvier 1927).
- XVII. — P. CANTONNET. — Asthmes syphilitiques in : traitement curatif de l'asthme, p. 65, 1 vol., 2^e édit., Paris, Maloine, 1929).
- XVIII. — H. DUFOUR. — Asthme et Syphilis. (Médicale des Hôpitaux, 29 mai 1930).
- H. DUFOUR. — Asthme et Syphilis (Journal de Médecine de Paris, 31 juillet 1930).

II. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'ASTHME

- BARLARO P. M. — Consideraciones sobre la etiología pathogenica y fisiologia-patologica del asma (Pensiero med. Argent. B. Aires 1916, III, p. 138).
- BASTAN. — Clinical and biologie aspect of bronchial asthma (Minerva Méd. 21 avril 1930).
- HALLION. — La physiologie pathologique de l'accès de l'asthme (Rev. Pratique de Biologie appliq., novembre 1929, p. 321).

III. — ASTHME

- ADAM, JAMES. — Asthma and its radical treatment (G. V. Mosby Co, Saint-Louis 1926).
- ANDRE. — Le R. O. C.; ce qu'on peut lui demander, ce qu'il montre chez les asthmatiques (La Pratique Médicale Française, n° 6 bis, juin 1927).
- RAY M. BALLYEAT. — Reflex itching in asthma (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., n° 11, March 16, 1929, p. 873).
- BEAL. — Guérit-on mieux l'asthme qu'autrefois (Le Praticien du Nord de l'Afrique, 15 avril 1930, n° 17).
- BENSCH. — Erreurs dans l'appréciation du déracinement de l'asthmatique (Munch. Med. Woch, 25 février 1927, p. 324-25).
- J. BERGE. — Mon asthme (Etude clinique) (Le Bull. Méd. n° 37, 38, 39, septembre 1926, p. 1013, 1063).

- BERNARD. — Asthme et saignée (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 13 juillet 1928).
- BEZANCON. — Estudio esquematico de la crisis de asma (Archivos Medicos Fr. Hisp. Amer, n° 6; juin 1928).
- F. BEZANCON ET E. BERNARD. — Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertains (Société Médicale des Hôpitaux, 14 décembre 1928).
- BEZANCON. — Les parentés morbides de l'asthme (Concours Médical, 3 juin 1928, p. 1668).
- BEZANCON ET DEJONG. — Les équivalents de l'asthme (Presse Thermale et Climatique, 1^{er} décembre 1927, janvier-février 1928).
- FRANZ BIALOKUR. — Los estados asmaticos consecuencias lejanas de la infeccion tuberculosa (Revista Medica Collega n° 1, Enero 1929, p. 12).
- BENZO F. E. — Asthme, adénopathie trachéo bronchique et tuberculose chez les enfants (Thèse de Paris 1927, n° 17, Le François, Editeur, 91, boulevard Saint-Germain).
- BURCHARDT. — Rapport entre l'asthme et le temps (Schweiz. Medizin. Woch, n° 7, 8 février 1930, p. 149).
- BURTON HASELTINE. — The essential nature of asthma (Medical Journal and Record, novembre 1929).
- A. J. D. CAMERON. — Tox'cosis as a basic factor in asthma (Medic. Journ. and Record, novembre 1929, p. 585).
- CIANCO. — Coqueluche et asthme (Brazil Medico, 14 mai 1927, n° 20, p. 474. — Policlínico, 18 juillet 1927, p. 1034).
- CLAUDE ET SIMONIN. — La respiration de l'asthmatique qui est en crise (Presse Médicale, n° 64, 11 août 1926, p. 1011).
- CLIFFORD MITCHELL. — Ureanalysis in its relation of the toxic basis of asthma (Medic. Journ. and Record, novembre 1929, p. 571).
- COELST. — A propos de l'asthme en rhinologie (Rev. Med. de Louvain, novembre 1926).
- COHEN M. B. — Prophylaxis and treatment of hay-fever and asthma by means of pollen filters (Clin. Med. et Surg., XXXIV, 1927, avril, p. 276-78).
- COKE. — Compte rendu de 1.000 cas d'asthme (Brit. Med. Journ., 28 mai 1927, p. 955-56).
- COLLINS. — The nature of asthma (The Medical Journ. of Australia, 1^{er} février 1930, p. 147).
- CORDIER. — Technique des cuti-réactions d'épreuve au cours

- de l'asthme (Soc. de Médecine des Hôpitaux de Lyon, 19 janvier 1926).
- DAVID PERK. — A case of Asthma (The Lancet, novembre 1927, p. 1073).
- DESCHAMPS. — Asthme accompagné d'équivalents périphériques (Gazette Médicale de Picardie, juillet 1928, p. 359).
- DETWEILER. — Asthma : its diagnosis and treatment (The Canadian Medic. Ass. Journ., june 1927, n° 6, p. 661).
- EDITH DERRICK. — Notes on the causes of Hay fever and asthma in Australia, october 26, 1929, p. 603).
- EDITORIAL. — L'asthme essentiel (Journal des Praticiens, 4 juin 1927, p. 381).
- EDITORIAL. — Asthme et allergie (Journ. Amer. Med. Ass., 6 août 1927, p. 452).
- DAVID L. ENGELSHER. — The Importance of Complete Skin Tests in Asthma (Medical Journal and Report Vol. CXXXI, n° 5, 5 March 1930, p. 246-47).
- FEINHUZ. — Diagnostic non spécifique de l'asthme allergique (Ann. Clin. Med., juin 1927, p. 1129).
- KARL D. FICLEY and ROBERT H. EBROD. — Endemic Asthma due to castor bean dust (The Journ. of the Amer. Med. Ass. volume 90, n° 2, janv. 14, 1928, p. 79).
- FIGLEY. — Asthme dû aux éphémères (Amer. Journ. Med. Sc., septembre 1929).
- FINEMAN. — Etude du degré de sensibilité des asthmatiques aux divers atopans (Journ. Immun., septembre 1926, p. 191-205).
- H. HAROLD GELFAND. — An Ideal Asthma Clinic (Medical Journal and Record, vol. CXXX, n° 8, 16 octobre 1929, p. 469-471).
- GOEBELL. — Sur les opérations pour asthme (Zentralbl. f. Chirurgie, Tome IV, n° 47, 24 novembre 1928, p. 2951-52).
- GRAY. — Asthme (Wisconsin Med. Journ., mai 1927, p. 248).
- GRIMM. — L'asthme (Münch. Med. Woch. 13 août 1926, p. 1371-72).
- A. HAIBE. — Les nouveaux horizons de l'asthme (Bruxelles Médical, n° 9, 30 décembre 1928, p. 250).
- HALLION. — La physiologie pathologique de l'accès d'asthme (Rev. Prat. de Biol. Appl., novembre 1929, p. 321).
- KARL HANSEN. — Allergic and psychical factors in asthma

- (Proceed. of the Royal Soc. of Med., n° 6, avril 1929, p. 789).
- F. HARRINGTON. — Diet in asthma (American Medicine, février 1928, p. 133).
- HENDERSON'S. — Asthma and related diseases (Lancet, London, 22 déc. 1928, p. 1306).
- HOFBAEUR. — Mode d'apparition et prophylaxie de l'asthme (Klin. Woch., 23 juillet 1926, p. 1366-69).
- HOPKINS BERNHAM ET KESTEN. — Asthme dû à un champignon (The Amer. Journ. Ass. Chicago, n° 1, janvier 1930).
- JACQUELIN. — L'asthme et ses parentés morbides (La Médecine, n° 8, mai 1927).
- JACQUELIN. — Sur le diagnostic et les rapports pathogéniques de l'asthme vrai et des dyspnées asthmatiformes (La Vie Médicale, n° 22, 25 novembre 1929, p. 1183).
- JAMES ADAM. — Asthma a toxemia (Medic. Journ. and Record, novembre 1929, p. 583).
- JERAMEC (Mme). — Les cuti-réactions dans l'asthme (Thèse de Paris 1926, n° 394, Souchon Imp., Paris).
- KERN. — Section of the leff. vagus for relief of asthma (Surg. Gynec. and Obst. Chicago, 1926, XLII, 28).
- M. K. EL KHOLY. — The Mental factor in bronchial asthma (The Lancet, octobre 12, 1929, p. 767).
- KREITMAIR H. — Die Wirkung von Ephedrin Merck auf den experimentell erzeugten asthmatischen Anfall (Klin. Woch., V., 1926, 17 décembre, p. 2403-2404).
- KURT TIEPENSEE. — La répartition régionale de l'asthme en Prusse orientale (Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. t. CLV, n° 5-6, juin 1927).
- LAIGNEL-LAVASTINE ET BERNAL. — Pendaïson d'un asthmatique sevré brusquement dans l'usage de l'évatmine (Soc. Méd. des Hôpitaux, séance du 24 janvier 1930, et Gazette des Hôpitaux, n° 13, 12 février 1930).
- GEORGE B. LAKE. — A brief history of asthma (Medical Journal and Record, novembre 1929).
- LIACRE. — Asthme et climat (Presse Médicale, 13 novembre 1926, p. 1436).
- LONG. — Alternance de l'asthme et de l'arthrite (Lancet, 20 août 1927, p. 413).
- H. E. MacDERMOT. — Subcutaneous emphysema in asthma

- (Th. Canadian Medical Association Journal, Vol. 21, décembre 1929, n° 6, p. 708).
- H. E. MacDERMOT. — Sudden death from pulmonary intra-alveolar haemorrhage in a case of asthma associated with pneumonia (The Canadian Med. Ass. Journ. V. XXII, Toronto, avril 1930, n° 4, p. 533).
- MAGNIEL. — Crises d'asthme et arythmie complète paroxystique (Les Sciences Médicales 1926, p. 59).
- MONCORGE. — Quelques considérations sur l'asthme (Umfia, mai 1927).
- MOGINNIS. — Asthma from the standpoint of the rhinologie (The Journ. of the M. A. M. A., n° 12, september 17, 1927).
- NICHOLSON. — Asthma (The Canadian Med. Ass. Journ., août 1928, p. 171).
- E. S. O'KEEFE et F. M. RACKEMANN. — Etudes dans l'asthme; VI : eczéma, ses rapports avec l'allergie (Journ. Am. Med. Ass. 16 mars 1929, p. 881-87).
- EDWARD S. O'KEEFE and FRANCIS M. RACKEMANN. — Studies in asthma (The Journ. of the Amer. Méd. Assoc., n° 11, March 16, 1929, p. 883).
- ORTENAU. — Traitement de l'asthme au Bad-Reichenhall (Mediz. Welt, 7 mai 1927, n° 74).
- PAGNIEZ. — Asthme, climat et habitation (Presse Médicale, 31 juillet 1926, p. 96-97).
- PASTEUR-VALLERY-RADOT. — La toux spasmodique équivalent de l'asthme (Presse Médicale, n° 88, 3 novembre 1928, p. 1393).
- PATTERSON. — Asthme et l'ion calcium (New-York State Journ. Med., 1^{er} août 1926, p. 601-665).
- PERPERE, NATIER, LEO et SEDILLOT. — A propos de l'asthme (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, Paris 1926, n° 16, p. 561).
- R. RENDU. — Asthme et polypes nasaux (Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Médicales de Lyon, 28 avril 1926).
- R. RESA. — Como puede hacerse el diagnostico diferencial entre el asma cardíaco y otras formas de asma (Bol. Bibliographia Medica Chirurgicala, 1^{er} de febrero de 1930, n° 55, p. 29).
- ROBERT P. — Sur un cas d'asthme émotif (Annales de la Société d'Hydrologie et de Climat. Méd. de Paris, LXIX, 1927-28, n° 3, p. 99).

- J. H. SCHULTZ. — Asthma als psychotherapeutisches Problem (Zentralbl. für Innere Medizin n° 15, 13 avril 1929, p. 344).
- SEDILLOT. — Crise d'asthme : 4 piqûres d'adrénaline; urémie mortelle (Bull. de la Sté de Médecine de Paris, 12 mars 1926).
- SEDILLOT. — A propos de l'asthme (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1926, p. 453-55).
- SEDILLOT. — Influence sur l'asthme des variations du champ électrique atmosphérique (Présentation de la malade) (Bull. de la Société de Médecine de Paris, 12 et 27 novembre 1926).
- SEDILLOT. — L'asthme (1 vol. Arnette, Editeur, Paris 1926).
- SEDILLOT. — L'asthme (Le Concours Médical, 26 décembre 1926, p. 148).
- SEDILLOT. — Asthme (Bull. de la Société de Médecine, n° 3, 11 février 1927, p. 93).
- SEDILLOT. — Deux cas rares (et en apparence opposés) d'insuffisance fonctionnelle du foie (?) chez des asthmatiques (Journal des Praticiens, 19 février 1927, p. 117-121).
- SEGARD. — Les quatre points cardinaux de l'asthme et de sa thérapeutique (L'Hôpital, avril et septembre 1926, p. 212-214).
- SEGARD. — Aphorismes anti-asthmatiques (Le Concours Médical, 26 décembre 1926, p. 766).
- SERGENET ET KOURILSKY. — Asthme; périlobulite et ultravirus tuberculeux (Presse Médicale, 5 février 1930).
- SILVESTRE. — Quelques aphorismes sur l'asthme (Gazette Médicale de France, 15 juin 1928).
- SIRANCE. — Les cutiréactions dans l'asthme (Thèse de Paris, 28 juin 1926).
- STEPHEN WENT. — Etude de l'asthme; la circulation pulmonaire du cobaye pendant le choc anaphylactique (Journal of Exp. Med., vol. 49, n° 1, janvier 1929).
- A. STERLING. — The relation of asthma to nose and throat Surgery (Med. Journ. et Record New-York, 2 mars 1927, p. 336).
- LOUIS STERNBERG. — A case of asthma caused by the Cimex Lectularius (Un cas d'asthme causé par les punaises (Med. Journ. and Record, n° 11, june 5, 1929, p. 622).
- CHARLES SUTHERLAND. — Asthma : some aspects of our present knowledge (The Medical Journ. of Australia n° 24, december 15, 1928, p. 744).

- THACKER NEVILLE.** — L'asthme avec sinusite maxillaire et un sinus accessoire surnuméraire sain (Brit. Med. Journ. 12 février 1927, p. 277-78).
- NARCISSE THIBERGE.** — Allergic reaction in hay fever and asthma (New Orleans Medic. and Surgical Journ., vol. 82, march 1930, n° 9, p. 568-573).
- THURSFIELD.** — Asthme thymique (Canad. M. Assoc. Journ., mars 1929, p. 239-242).
- PIERRE TOLET.** — Et moi aussi mon asthme (Le Bulletin Médical, 23 avril 1927, n° 17, p. 465).
- VAN LEEUWEN.** — Climat et asthme (Schweitz Med. Woch., 24 juillet 1926, p. 705-07).
- H. VIGNES.** — Asthme et gestation (Gazette Médicale de France, 1^{er} février 1930, n° 3. — Revista de Gynecologia e d'Obstetricia, n° 8, agosto de 1929, p. 307).
- GERARDO DE VILLEGAS.** — La ipercolesterinemia en el asma (Revista Medica de Malaga, Ano IX, octubre 1929, n° 61, 2° Epoca, p. 1783-85).
- VITON Y CRUCIANI.** — Asma. Interpretacion actual. Clasificacion. Diagnostico. Tratamiento (La Prensa Medica Argentina, 10 de diciembre 1928, n° 19, p. 837).
- JUAN JOSE VITON y JULIO A. CRUCIANI.** — Asma (Rev. del Circulo Medic. Argent. y Centro Estudiantes de Medicina, n° 325, septiembre de 1928, p. 1918).
- VON ERNST, VON ROMBERG.** — Ueber kardiales und zerebrales Asthma (Wiener Medizinische Woch., 8 mars 1930, p. 361).
- ZICKGRAFF.** — Asthme et silice (Münch. Med. Woch., 3 septembre 1926, p. 1477, 1478).
- X...** — Asma (Revista Med. Latino Americana, septembre et octobre 1927).
- X...** — L'asthme (Les Nouvelles Médicales de Paris, n° 6, juin-juillet 1928, p. 223).

IV. — TRAITEMENT DE L'ASTHME

- ALVIN LA FORGE.** — The internist's rôle in the treatment of asthma (Medical Journal and Record, november 1929).
- E. et H. BIANCANI.** — Traitement physique de l'asthme (Revue d'Actinologie et de Physiothérapie, 5^e année, n° 5, septembre-octobre 1929, p. 591-593).

- M. BAUDOIN. — Un vieux remède inconnu de l'asthme « L'herbe blanche » du D^r P. Dorion (de Saint-Gilles, Vendée) (Progrès Médical, n° 27, 6 juillet 1929).
- BERGER. — Ephetonine. Un nouveau produit contre l'asthme (Wien. Klin. Woch., 26 mars 1927, p. 696).
- BEZANCON. — Traitement de l'asthme (Concours Médical, n° 25, 19 juin 1927, p. 1685. — La Médecine, 1927. Journal des Praticiens, 30 juin 1928, p. 417).
- P. et H. BIANCANI. — Les agents physiques dans le traitement de l'asthme (La Médecine, mai 1927, p. 614).
- BOUCHE. — Le traitement de l'asthme par le choc vaso-trophique (Bruxelles Médical, n° 34, 23 juin 1929, p. 969).
- BREMS. — Contribution à l'étude de la réaction sous-cutanée à l'adrénaline dans l'hypertension essentielle et dans l'asthme (Acta Med. Scandinavia, t. LXIV, n° 6, 13 octobre 1926).
- GEORGE A. CAMBELL. — Further observations on asthma and eczema, with special reference to treatment (The Canadian Med. Ass. Journ., p. 1498, vol. XVII, n° 12, décembre 1927).
- CANTONNET. — Traitement de l'asthme et hypothèse pathogénique (Bull. Acad. Méd., 22 février 1927, p. 255-259).
- CANTONNET P. — Traitement curatif de l'asthme (Edit. N. Maloine, Paris 1929).
- DARGALL. — Traitement de la crise asthmatique (Ars Medica, janv. 1927, p. 19-21).
- DEAN W. MYERS. — The rhinologist's rôle in the treatment of asthma (Medical Journal and Record 6 novembre 1929).
- DEBIDOUR A. — Asthme cataménial et curo thermale (Les Sciences Médicales, 1928, 31 mai, p. 133).
- A. DE CARVALHO. — Tratamento da asma (Lisboa Medica, mars 1928, p. 340).
- JIMENEZ DIAZ. — Estudios sobre la genesis y el tratamiento del asma (El Siglo Medico, n° 3965, 7 de diciembre de 1929, p. 577).
- Ed. DOUMER. — Sur de nouveaux traitements de l'asthme (Société de Médecine du Nord, décembre 1928; Echo Médical du Nord, 8 décembre 1928, n° 49). — (Les Bonnes Formules et le Recueil Médical (Réunis), 19^e année, Nouvelle Série, n° 24, septembre-octobre 1929).
- DUMITRESCU et MANTE. — Astmul in Lumina Noilor cerce-tari (Buletinul Medico-Therapeutic, 1^{er} février 1927, Bucarest).

- EDITORIAL.** — Un traitement de l'asthme (Brit. Med. Journ., 29 août 1927, p. 355).
- GALUP.** — Mode d'action de la crénothérapie dans l'asthme (Presse Médicale, n° 30, avril 1926).
- GALUP.** — La place des cures thermales dans la thérapeutique générale de l'asthme (Paris Médical, avril 1928, p. 363).
- GASUL.** — Diathermie de la rate dans l'asthme (Vesin. Rentgen. (Radiol. 1926, p. 31-39).
- KENTZLER GYULA.** — Az asthma pathologiaja es therapiaja (Magyar Orvos Január 15, 1927, p. 33).
- L. HALLION.** — La médication hormonale de l'accès d'asthme et son mécanisme d'action (Revue Pratique de Biologie Appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique, décembre 1929, n° 12, p. 353).
- HILLIER.** — L'emploi d'un appareil à ozone dans le traitement de l'asthme (The Brit. Journ. of Actinoth., mars 1927).
- HOLLENDER A. R.** — Survey of progress in Hay-Fever and Asthma therapy (Clinical Medicine and Surgery, juillet 1927, vol. 34, n° 6).
- R. HOULIE.** — Un asthmatique guéri; considération sur le traitement de l'asthme (Archives Médico-Chirurgicales de Normandie, n° 72, décembre 1929, p. 2709).
- HURST A. F.** — Massage and remedial exercises; remedial exercises in asthma (Guy's Hosp. Reports, LXXVII, 1927, janvier, p. 87-92).
- LANDHEIMER.** — Traitement de l'asthme par la gymnastique respiratoire pendant le sommeil hypnotique (Die Ther. der Gegenwart, t. LXVII, n° 8, août 1926).
- LERICHE.** — La cirugía en el tratamiento del asma (Archivos Medicos Franco Hispano Americanos, n° 9, novembre de 1928, p. 682).
- LERICHE ET FONTAINE.** — Résultats éloignés de deux cas d'asthme essentiel traités par l'ablation du ganglion étoilé (Soc. de Méd. du Bas-Rhin, 26 juin 1926).
- LIACRE.** — Asthme, catarrhes et cures thermales (Publication de la Presse Thermale 1925).
- MONNIER KUHN.** — Médication opothérapique dans le traitement de l'asthme (Thèse de Lyon, in : Gazette des Hôpitaux, 16 octobre 1926).
- PASTEUR-VALLERY-RADOT.** — Therapeutica da asthma (Sociedade de Medicina e Chirurgia, Resenha do Mez de Setembro de 1929).

- PASTEUR-VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — La cuti-réaction dans l'asthme (Presse Médicale, XXXIII, 1925, p. 385).
- E. P. PICK. — Experimentelle Therapie des Asthma (Wiener Med. Woch., n° 26, juin 1928, p. 827).
- RENDU. — Nouveau cas d'asthme ancien guéri par un curettage ethmoïdal (Lyon Médical, 5 septembre 1926, p. 272-75).
- ROMER ET KLEEMANN. — L'asthme et son traitement (D. Arch. f. Klin. Med., juin 1927, p. 307-326).
- W. SCHEPPEGRELL and N. F. THIBERCE. — The treatment of hay Fever and Asthma (New Orleans, Medical and Surgical Journal, november 1928, p. 337).
- SEDILLOT. — Ce qu'il faut faire, ne pas faire, conseiller, pour traiter un asthmatique (Phare Médical, janvier 1925).
- SEDILLOT. — Les directives et les schéma du traitement pour les guérisons de l'asthme (La Vie Médicale, 4 janvier 1927, p. 73-83).
- SEGARD. — Un nouveau traitement de l'Asthme (L'Hôpital, n° 199, septembre 1927).
- CHARLES SUTHERLAND. — The treatment of asthma (The Medical Journal of Australia, janvier 1928).
- THUET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans l'asthme essentiel (Thèse de Strasbourg, 1927-28).
- UNVERRICHT. — Pathologie et traitement de l'asthme (Revue des Progrès Thérapeutiques n° 1, janvier 1929, p. 26).
- VANDERVEEREN. — La thérapeutique de l'asthme (Arch. Méd. Belges, n° 8, août 1928).
- VILLARET. — L'asthme au Mont-Dore (Centre Médical, n° 5, Mai 1928, p. 106).
- WALBOTT. — Traitement d'un asthmatique (Michig. Stat. Med. Soc. Journ., juillet 1927, p. 444).
- X... — Traitement de l'asthme (Le Médecin Français, n° 8, 15 avril 1927).
- X... — Traitement symptomatique de l'asthme (Revista Medica Latina Americana, nov. 1927, n° 145).

